

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

## ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

Nº M20- 0008870

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : .....	1488	Société : .....	36378
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : .....	
Nom & Prénom : RAHMOUNE Jamila			
Date de naissance : 20/6/1958			
Adresse : 2M 29 - RPT 4 - 2 <sup>e</sup> étage - Nouvelle California - 0011			
Tél. : .....	06.60.16.81.09	Total des frais engagés : .....	21304,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Date de consultation : .....	18/06/2021
Nom et prénom du malade : M. RAHMOUNE Jamila		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : ....		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ....		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 08/06/2021

Signature de l'adhérent(e) : 8/6/2021

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/07/2015	Acte de consultation	1,00	100,00	Signature et cachet du Médecin

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

INPE-92001387

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

**Docteur Amal BOUSSOF**

**Médecine Générale**

**Diplômée en Echographie  
Nutrition-Régime Spécialisé  
Gynécologie Médicale**

**الدكتورة أمل بوص**

**الطب العام**

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)  
التغذية. الحمية (ريجيم)

**طب النساء**

## **ORDONNANCE**

Casablanca, le

18/05/2021

الدار البيضاء، في

M. Jamila RAHMOUNE

Bielctra 240g

1 kg de légume. Celiac  
le Su. 11 Jours.

LOT : 201484  
PER : 11-2022  
PPV : 70,00DH

101 Bd El Qods  
Inara  
Ain Chock  
Lot Mandarouna Rue 14  
05 22 52 82 53

101 Bd El Qods  
Inara  
Ain Chock  
Lot Mandarouna Rue 14  
05 22 52 82 53

84,20

# Deem & Partners

TOPP



Al-Bayan  
Ain Chok  
Lot 101  
Bd El Qods  
Inara  
Casa  
Tel. 05 22 52 82 53



84,20.