

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER 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.

iologie 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.

ique :

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

ducation :

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

N° M21- 0057977

61886

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 51968 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HANNAOUI Malika

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661426425 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de
		D	H	G	
		25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
VOLET ADHERENT		NOM : _____			Mme
DECLARATION N°		W18-350987			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-350987

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

Nom & Prénom : *Hanadi Malika*

Fonction : _____

Phones : *0661426429*

Mail : _____

MEDECIN

Prénom du patient : _____

Adhérent Conjoint Enfant Age : _____ Date : *21 JUIN 2021*

Nature de la maladie : _____

Date 1ère visite : _____

Gastr aystos Proctos melleus

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

*Etablissement
d'une ordonnance*

gratuit

PHARMACIE

Date : *21/06/21*

Montant de la facture

403.50

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date : _____

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : _____

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

2021

*350000
26.06.2021
H. HAKIM
Nassem Charif
MAM 190 CSAR 05-22
Tél: 0522 653522*

Signature de l'adhérent

Signature de l'adhérent

*Dr. Abdelhamid Moustapha
Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle
tel: 0522 653532 Fax: 0522 653522
1er étage N 10-C 10-00
MAM 190 CSAR 05-22*

**Docteur Abdelhamid
MOUSTAGHFIR**

**Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle**

Ancien Chef du service de rythmologie de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V

Casablanca, le : 21/06/2021

Ordonnance

Mme Hanaoui Malika

10.70x3
TAMBOCOR 100 mg : 1 comp. le matin et 1/2 comp le soir

10.70x2
CARDENSIEL 2,5 mg: 1/2 comp par jour le matin

Ordonnance Pour 3 Mois

Dr. Abdelhamid Moustaghfir
Professeur de cardiologie
Rythmologie interventionnelle

Tel : 05 22 26 53 53 - Fax : 05 22 26 53 55
14, Bd. de Paris 1er étage N°10 - Casablanca

10.70x3
LOT : 21109 PER : 03/2026
PPV : 100,70 DH

10.70x2
LOT : 21109 PER : 03/2026
PPV : 100,70 DH

AMM N° 348 DMP/ 21 / NNP
Fabriqué sous licence MEDAPHARMA
par les laboratoires Steripharma
Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI

10.70x3
LOT : 21110 PER : 03/2026
PPV : 100,70 DH



6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
0 PPV: 50,70 DHS



6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
0 PPV: 50,70 DHS



14, Bd de Paris 1er étage , 20000, Casablanca, Maroc

IF : 15190796 - ITP : 35503120 - CNSS : 4291093 -
ICE : 001676319000072 - INPE : 101100261 -