

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions 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.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Biologie 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.

Optique :

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

Rééducation :

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.

Dentaire :

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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11968 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HANNAOUI Malika

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661428497 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veillez fournir une facture

Veillez 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
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
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		Mle
Nom & Prénom		Signature de l'adhérent
Fonction :		Signature de l'adhérent
Phones		
Mail		
MEDECIN		
Prénom du patient		
Adhérent	Conjoint	Enfant
Age		Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes		
Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Date		
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date		
AM	PC	IM
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
IV		

**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

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

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

Ordonnance Pour 3 Mois

Jr. Abdelnamid 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

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

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

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



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



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

PHARMACIE H₂O
326, Lot. Nassim - Quartier NASSIM
MA-20190 CASABLANCA
Tél/Fax: 05 22 26 53 55
www.phh2o.ma

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

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