

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## Radiologie 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.

## Prothèse 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- 0006606

7402

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 261 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TRANZ Hekma  
 Date de naissance : 12 1949  
 Adresse : N° 3 Rue ZHOR Sidi Bouzid  
 Tél. : 06 62 32 60 22 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 22/01/2021  
 Nom et prénom du malade : M. BAHAR NONNANA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Arthrose  
 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 : CASA Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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
22/10/21	5		300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/10/21	2025,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

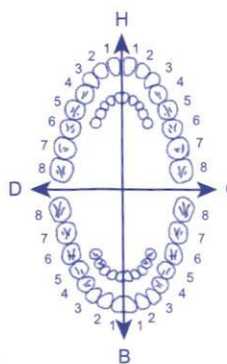
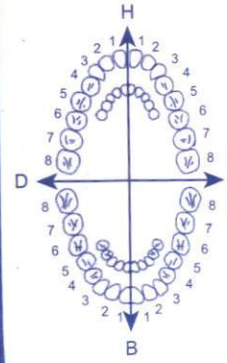
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

DOCTEUR SAÏD RAMY

Spécialiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont

Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux  
de France

Enseignant à la haute Ecole  
de Kinésithérapie (H.E.K)

Rhumatologue

Maladie des Os, Articulations, Muscles et

Colonnes vertébrale

Radiologie Osseuse



الدكتور سعيد الرامي  
اختصاصي

خبرم كلية الطب بكليرمونت فيرانت فرنسا

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

استاذ بالمدرسة العليا

للتدريس الطبي

امراض الروماتيزم

العظام المفاصل، العضلات

المعدي الفقري و الرجل

الغصن بالاشعة

Casablanca, le 22/4/21

M BAHUAR ASOONANA

249,00 x3

ARTINAX 150 mg 2p 1 j 2m

747,00

511,50 x8

Deflazacort 6mg 2p 1 j

412,00

pin 1p 1/2 j 1m

144,30 x3

ISOX 200 1 j 20

432,90

144,150 x3

ESAC 20 1 j 3

433,5

Lot: RJ1111A  
Per: 07/2024  
PPV: 51DH50

Lot: RJ1111A  
Per: 07/2024  
PPV: 51DH50

Lot: RJ1111A  
Per: 07/2024  
PPV: 51DH50

Lot: RJ1111A  
Per: 07/2024  
PPV: 51DH50

Lot: RJ1111A  
Per: 07/2024  
PPV: 51DH50

Lot: RJ1111A  
Per: 07/2024  
PPV: 51DH50

Lot: RJ1111A  
Per: 07/2024  
PPV: 51DH50

Lot: RJ1111A  
Per: 07/2024  
PPV: 51DH50

ISOX\* 200 mg  
Célécoxib  
20 gélules

144,30

ISOX\* 200 mg  
Célécoxib

144,30

ISOX\* 200 mg  
Célécoxib

144,30

ESAC\* 20 mg

141,00

ESAC\* 20 mg

141,00

ESAC\* 20 mg

141,00

ARTIMAX 45 comprimés

LOT: 20209/FC7  
PER: 07/2023 PPC: 249.00

LOT: 20209/FC7  
PER: 07/2023 PPC: 249.00