

## 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.

### 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.

### Adresses Mails utiles

O : [declarationmaladie@mutuelleairmaroc.com](mailto:declarationmaladie@mutuelleairmaroc.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-644087

78262

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>8700</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>ABDELKADER FARIS</u>
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse : <u>Habibullah</u>			
Tél. :	Total des frais engagés : ..... Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019		Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		/ /
Nom et prénom du malade :		Age : ..... <u>WADIA</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <u>WADIA</u>	<input type="checkbox"/> Cohabitant <u>07</u>
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 : 14/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : TAHAR

Le : 14/07/2021

## **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
				INP : <input type="text"/>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	

**Maternité - Chirurgie - Endoscopie Gynécologique**

**Assistance Médicale à la Procréation (Fécondation-In-Vitro) - Néonatalogie**

**URGENCES GYNÉCO - OBSTÉTRICALES 24/24** مستعجلات أمراض النساء و الولادة

**DEVIS N° 2021077**

Diagnostic :



**IBNOUSSINA FATNA**

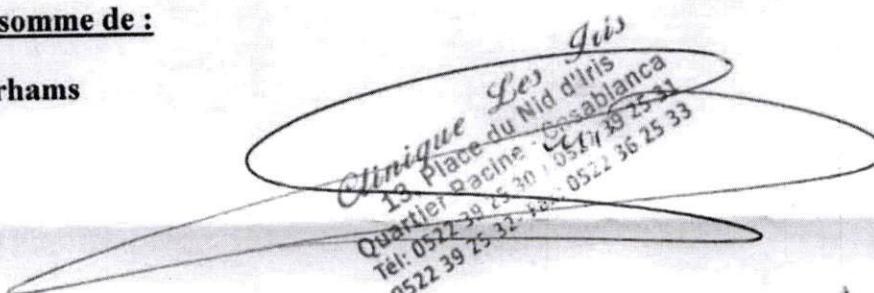
ALLIANZ  
N°  
PEC

Casablanca Le 30 - 06 - 2027

L i b e l l e	Quantité	Prix	Montant
<b>** CLINIQUE **</b>			
SEJOUR NORMAL	3	400,00	1200,00
BLOC OPERATOIRE K100	100	25,00	2500,00
PHARMACIE	100	15,00	1500,00
<b>** Total Clinique **</b>			5200,00
<b>** HONORAIRES **</b>			
DR AIBAR DR BENKIRANE (Anesthésiste-Réanimateur)	40	30,00	1200,00
DR EL ABBASSI (Gynécologue-Obstétricien)	100	30,00	3000,00
<b>** Total Honoraires **</b>			4200,00
<b>Total</b>			<b>9.400,00</b>

Arrêté Le présente devis à la somme de :

**Neuf Mille Quatre Cent Dirhams**



*Clinique Les Iris  
13, place du Nid d'Iris  
Quartier Racine - Casablanca  
Tél: 0522 39 25 30 / 0522 39 25 31  
0522 39 25 32 / 0522 36 25 33*

Dr. EL ABBASSI BERGAM Hayat

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Diplômée de la faculté de Médecine  
de Strasbourg - France

Ex-Chef de Clinique au CHU de Strasbourg

- Accouchement
- Echographie
- Stérilité de Couple
- Maladies des Seins
- Chirurgie Gynécologique



الدكتورة العباسى بركام حياة

اختصاصية في طب النساء والولادة

خريجة كلية طب بستراسبورغ فرنسا  
طبيبة سابقة بالمستشفي الجامعى

بستراسبورغ

- الولادة
- الشخص بالأمواج فوق الصوتية
- عقم الزوجين
- أمراض الثدي
- أمراض وجزأة الرحم

Casablanca, Le .....

28/6/21

Demande le Professeur

et chef du

Mystérieux  
groupe d'enseignants

pour le Blister

Dame

مستعجلات Urgence : 06 61 43 83 26

شارع أم الريحان، مجموعة إقامة الفردوس (GH25A) طابق : 2. شقة: 9. الألفة. الدار البيضاء. الهاتف / الفاكس: 05 22 90 11 01  
31, BD Oum Errabbi, Groupe Rés Al Firdaous (GH25A), étage: 2, Appt: 9, EL oulfa Casablanca. Tél/fax: 05 22 90 11 01

Contact : Département sinistre. [sinistremaroc@nextcarehealth.com](mailto:sinistremaroc@nextcarehealth.com) , 05 20 48 64 00  
Date : 01/07/2021

## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Nous soussignés **NEXTCARE Maroc**, attestons par la présente que **Mme FATNA IBNOSSINA** employée à la société **STE INTERSEG** assurée pour la garantie type MALADIE-MATERNITE auprès de Allianz Maroc par l'intermédiaire de son employeur dans le cadre du contrat groupe, Police N° : 1403002/70

Cette garantie s'exerce à concurrence de 80% des frais réels exposés, avec un plafond de **7 520.00 DH** à l'exception des frais non remboursables conformément à notre contrat.

En conséquence, nous nous substituons à **Mme FATNA IBNOSSINA** et nous nous engageons vis-à-vis de **CLINIQUE LES IRIS – CASABLANCA** - au remboursement des frais exposés au titre de l'hospitalisation nécessitée par **son état**.

**Sous réserve de présentation du :**

- Compte rendu opératoire.

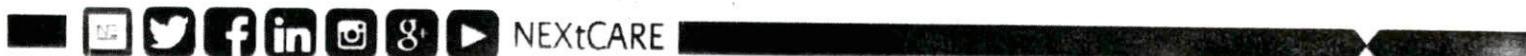
La présente attestation est valable pour une durée de 30 jours, elle est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

**NEXTCARE Maroc**

**ALLIANZ Maroc**



**Allianz**   
PRISE EN CHARGE ALLIANZ PAR NEXT CARE  
166-168 Bd Zerkouni, 20060 - Casablanca  
Relation Client Santé : +212 5 20 48 64 00



NEXTCARE succursale Casablanca. 28, Boulevard El Massira El Khadra 1er étage Casablanca . Morocco

RC : 296717, C.N.S.S : 9741382 ICE : 001598437000023, I.F : 14487898

Tel +212 5 20 48 64 00 / +212 5 22 94 00 38 F +212 5 22 94 00 38 [www.Nextcarehealth.com](http://www.Nextcarehealth.com)

Contact : Département sinistre. [sinistremaroc@nextcarehealth.com](mailto:sinistremaroc@nextcarehealth.com) , 05 20 48 64 00  
Date : 01/07/2021

## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Nous soussignés **NEXtCARE Maroc**, attestons par la présente que **Mme FATNA IBNOSSINA** employée à la société **STE INTERSEG** assurée pour la garantie type MALADIE-MATERNITE auprès de Allianz Maroc par l'intermédiaire de son employeur dans le cadre du contrat groupe, Police N° : 1403002/70

Cette garantie s'exerce à concurrence de **80%** des frais réels exposés, avec un plafond de **7 520.00 DH** à l'exception des frais non remboursables conformément à notre contrat.

En conséquence, nous nous substituons à **Mme FATNA IBNOSSINA** et nous nous engageons vis-à-vis de **CLINIQUE LES IRIS – CASABLANCA** - au remboursement des frais exposés au titre de l'hospitalisation nécessitée par **son état**.

**Sous réserve de présentation du :**

- Compte rendu opératoire.

La présente attestation est valable pour une durée de 30 jours, elle est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

NEXtCARE Maroc

ALLIANZ Maroc



**Allianz**   
PRISE EN CHARGE ALLIANZ PAR NEXtCARE  
166-168 Bd Zerkouni, 20060 - Casablanca  
Relation Client Santé : +212 5 20 48 64 00

