

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **que :**

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.

## **aire :**

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.

## **die 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- 0014460**

**Maladie**

**Dentaire** 28271

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1776 Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : ZOUUGGARI RADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661200384 Total des frais engagés : ..... Dhs



**Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019**

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/11/2021

Nom et prénom du malade : Zouuffar Radia

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

Endysthiale Sinale

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) :

## 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
12/07/2021	C <sub>2</sub>	Chir		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CPHARMA - Le Caudanca - Tel: 0100 80 10 00	12/07/2021	668,80

## 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

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

# مركز الكلية الإصطناعية ابن سينا

## Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

**Dr. Khadija HACHIM**

Professeur en Nephrologie - Hemodialyse  
Ex Enseignante à la Faculté  
de Médecine Casablanca  
INP : 091031807



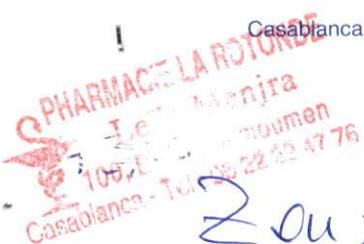
الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى  
والتصفية الإصطناعية

أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

12/11/2021

Casablanca, le .....



Zouffari Roudha.

79,50

Zetolax.

1 Amp 1 jour



74,60 Lijr alfa 0,2r

14x 1j

Ophes

14ml jour N 2

99,00 x 2



68,60 Myonat

14x 2fj



15,80

Doliprane 1000 x 5

14x 2fj alor



34,68 x 4 Zabilix

24fj alor



Korstefer 7r



30,70

668,80

Angle Bd. du 9 Avril et Rue Mansard, Quartier Palmier. Casablanca  
Tel. : 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92 - Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hachim-khadija@hotmail.fr

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA® 0,25 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

3 401051 422884 >

préférence avant le : 01/2025

PPC : 79,50 DH

OEDES 20mg O

28 gélules



LOT 201159  
EXP 04/2023  
PPV 99.00DH

zumg O  
28 gélules



LOT 201159  
EXP 04/2023  
PPV 99.00DH

68,60 DH

02/2024  
X042A  
Via delle  
Importé et  
Benj



HEPANAT® 40 comprimés  
6008843003013  
ESI

LOT : 20E025  
PER : 11/2024  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

LOT : 21E001  
PER : 01/2025  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

LOT : 20E026  
PER : 11/2024  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

LOT : 20E026  
PER : 11/2024  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60  
6 118000 060468

LOT : 21E003  
PER : 12/2022  
KARDEGIC 75 MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

PPV 15 DH 80  
PER 02 / 24  
LOT K 3 E 1  
S 2

PPV 15 DH 80  
PER 04 / 23  
LOT J 1 0 8 9  
S 2

PPV 15 DH 80  
PER 02 / 24  
LOT K 3 2 1  
S 2

PPV 15 DH 80  
PER 04 / 23  
LOT J 1 0 9  
S 2

PPV 15 DH 80  
PER 02 / 24  
LOT K 4 0 9  
S 1