

# 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.

## 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.

## Education :

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 :

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° P19-0036892

78862

Maladie

Dentaire

Optique

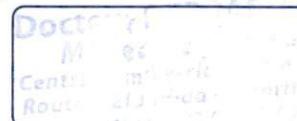
Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12.91 Société : R.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : Elouafi SMAÏLI DRİSS  
Date de naissance : 13/05/1950  
Adresse : 48b13 Rue Imam Aouzai maanif - casab.  
Tél : 069 65 76168 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/07/2021

Nom et prénom du malade : Elouafi SMAÏLI DRİSS Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Frionde visage

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 : casab.

Le : 26/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACEUTIQUE SAIDI Rue Al Bachir Ladda 7 Rue Al Bachir Ladda 7 Rue Al Bachir Ladda 7 Rue Al Bachir Ladda</i>	02/09/12	<i>SD PHARMACEUTIQUE SAIDI Rue Al Bachir Ladda 7 Rue Al Bachir Ladda 7 Rue Al Bachir Ladda 7 Rue Al Bachir Ladda</i>  <i>T = 617,60</i>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soi

### Important :

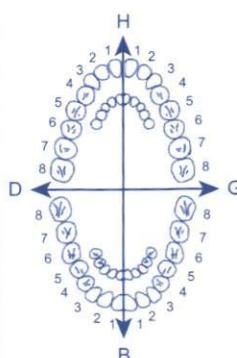
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

## [Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

الدكتورة الدباغ ليلى  
خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالرباط  
الطب العام

إقامة نادية - المركز التجاري - عمارة 3  
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)  
المعاريف. الدار البيضاء - الهاتف: 0522 98.22.57

Casablanca, le 02/7/21

C1 Uvafis smaili Dass

134,50 x 3

- Fucidine cp SI

2cp x 2 fois/j après repas  
pt 77

36,40

- Kopred 20mg

3cp eff après petit déj x 5j

39,70.

Fucidine crème SI

138,00 2 appli

- Bactospray SI

PHARMAS  
LOT : 4983  
UT.AV:11-23  
PPV: 36DH40

BACTOSPRAY  
LOT : 5348  
EXP : 11/2023  
PPC : 138.00DH

PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
1, Rue Al Bachir Laâlal  
Cité Plateaux Casablanca  
Tél: 022 25 96 211 0215 13 23 90 00 14

T = 617,60