

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **diologie 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.

## **ptique :**

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

## **éducation :**

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- 1053215**

82065

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

## **Cadre réservé à l'adhérent [e]**

Matricule : 1279

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0617526688

Total des frais engagés : #691,20# Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/08/2021

Nom et prénom du malade : BENZAKOUR Abdellatif Age : 51

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Lien de parenté :

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 : Casablanca

Le : 31/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## **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
12/01/2015	visite	1	200 DH	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ISMAILIA Rue Abd Al Wakt Bourgogne - Casablanca Tél : 022.36.97.11	19/08/2021	1191,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

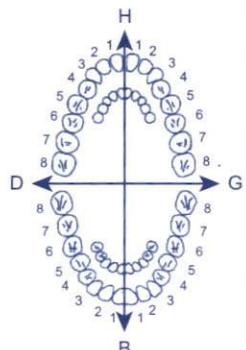
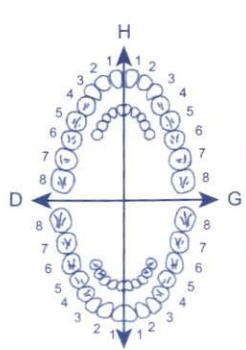
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION.
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 7 6 6 5 5 4 4 3 3 2 1 2 3	25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Khalid TOUABI**  
CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire  
Maladie Sexuellement Transmissibles  
Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle  
Lithotriptie extra-corporelle  
Membre de l'Association Française d'Urologie  
Diplômé de l'université de Nice  
Sophia-Antipolis ( France )



**الدكتور خالد تباعي**

اختصاصي في أمراض الكلية  
والمسالك البولية - العقم الجنسي  
الامراض التناسلية - تفتيت الحصى  
عضو الجمعية الفرنسية  
لأمراض الكلية والمسالك البولية  
خريج كلية الطب بنين ( فرنسا )

PHARMACIE ISMAILIA  
Rue Abou Al Wakt  
Bourcogne - Casablanca  
Tél : 022.36.97.44

MEBEYONNE

19,70

Casablanca, Le: 19/10/2021

AGARIC

BENJAKOUR. Ambel 17AD25

LOT 202981  
EX 12/2025  
PPV 54.70

25,00

ALFAIR

25,00

BETAMINE

14,00

DOPAMINE 10g

115

195,80

109,20

CONTIFLO 10 CP

1121

11

491,20

فاتورة الأمير مولاي عبد الله ( فوق ايش روشي ) - الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdelleah ( au dessus de Yves Rocher ) - Casablanca

Tél.: 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30 - الهاتف : Email : urotk@yahoo.fr

Fax : 05 22.27.59.43 - الفاكس :

