

# 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.

## 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- 066107

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3048

Société : 83810

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : 1

Nom & Prénom : BOUY-IA ABDELKAZI

Date de naissance : 30/09/1947

Adresse : Résidence Attadamon Rue 6 n° 61

EL OULFA

Tél. : 065039134

Total des frais engagés : 667,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOHAMED JELLA  
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris  
24, Rue de Spichad - OAS  
Tél. 0527 44 17 17

Date de consultation : 28/08/2021

Nom et prénom du malade : BOUY-IA ABDELKAZI

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DM2 + Hypertension

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) : .....

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
2/8/14	S	1	200	 Dr. Mohamed ELALOUI ex. Assistant C.H.U. de Louis Pasteur 24, Rue de Bagdad - CASABLANCA Tél. 0522 48 27 35

2/8/14 S A [Signature]   
 Docteur Monneret   
 ex. Assistante C.H.U. de Louis Pasteur   
 24, Rue de Seghies - CASAG   
 Tel. 0677 48 27 24 10

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SARANAZ</b> S.A. S.L. S.U. 140 Lot Sidi Mouda Lissasfa Casablanca Tel/Fax : 05 22 65 20 07	25/08/2021	467,30

467,30

[illegible][illegible][illegible][illegible]

**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

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

FIN  
D'EXECUTION

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

# Docteur Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOU

Membre de l'Alfédiem et E.

Diabète - Obésité - Cholestérol

Tél.: 0522 43 27 88

# الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانلويز ببار

أمراض السكري - السمنة - الكولستر

الغدة الزرقية

الهاتف : 0522 43 27 88

Casablanca, le



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

45,20

45,20

45,20

EXP 12 2022

PPV 141.50 DH

19 tube

كريم أنبوب من 15 غ

39,70

كريم أنبوب من 15 غ

39,70

24، زنقة بغداد (قرب زنقة أكدير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Baghdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maani - Casablanca