

# 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.



87976  
Déclaration de Maladie  
N° P19- 055647  
MLD en V/possession.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0735 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Fassi Fibri Maria - Epouse MIKOU

Date de naissance : 05/12/1948

Adresse : 52, Bd Abdellah Boutaleb

Résidence Salsabila - CASABLANCA

Tél. : 066 1498668 Total des frais engagés : 14.28 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 : 12/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

M. Elouej

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p> <b>Pharmacie C.I.L</b>  <b>J.L. Touria</b>  <b>BENBRAHIM</b>  100, Boulevard Ibn Sina  Tél : 05 22 36 18 66 - Casa </p>	27/09/21	1428,00

## **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
OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	D G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

# Pharmacie du C.I.L.

BENBRAHIM Touria

100, Boulevard Ibn Sina

Angle Bl Ghandi - Casablanca

Tél. : 05 22 36 18 68 / 05 22 94 06 43

IGR : 40909030 - CNSS : 2107036

Patente : 35806319

RC : 218524 - ICE : 001660452000032

# صيدلية سينار

بنبراهيم ثورية

100، شارع ابن سينا

زاوية شارع غاندي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 94 06 43 / 05 22 36 18 68

الضريبة العامة على الدخل : 40909030

البيانا : 35806319

السجل التجاري : 218524 - ص.و.ض.ج : 2107036

FACTURE

N° 005324

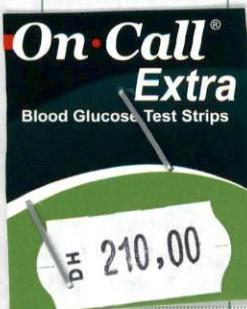
Casablanca, le

27/09/2021

Mr

Ane Maria Nikor

Quantité	DESIGNATION	Prix U	TOTAL
03	Conserve 350/RS	158,00	474,00
1	Seulins Solos 100/5	74,00	74,00
1	On Call extra 210,00	210,00	210,00
			1428,00



Je vous remercie de votre confiance  
et je vous souhaite bonne continuation

Lot N° :

Exp :

PPV :

158,00

Lot N° :

Exp :

PPV :

158,00

Lot N° :

Exp :

PPV :

158,00

 Lantus® Solo®

100 Unités/ml

solution injectable en stylo préi

insuline glargin

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain seba Casablanca

Lantus 100U/ml. inj b6 sty

P.P.V : 744,00 Dhs

