

# 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.

## Diagnostique 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.

## Rééducation :

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 canaux, 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 canaux.

## 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- 066273

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7414 Société : 98024

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benkirane Saloua

Date de naissance : 25/02/63

Adresse :

Tél : 0662466425 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Lombalgie + arthrose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Travail

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) :

# 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
3/10/21			500,0	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

153,60

# 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

A M

P C

I M

I V

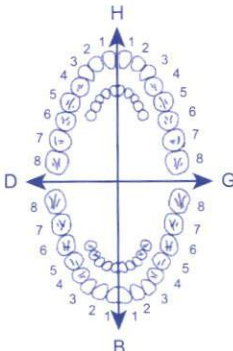
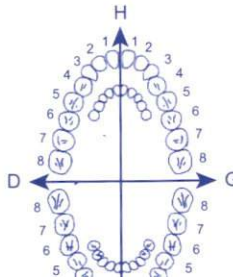
Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div>		<div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div>		<div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div>	MONTANTS DES SOINS
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>			DATE DU DEVIS



Dr Amine SERIANI

Médecine Générale

Diplômé de la Faculté de Médecine

et de Pharmacie de Casablanca



الدكتور أمين السرياني

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

Casablanca, le :

13/10/21

Mme Benkir SALOUA

53.10

1) Relaxol 500mg

30.00

24x2

2) Mgento 1g

28.80

14x3

3) Vitaminocyl 1g

41.50

14x5

4) Imovane 7,5g

41.50

LOT: 21E004  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V: 53DH10  
6 118000 060833

PHARMACIE LE GAÏEN  
77, Rue de Rome - Casablanca  
Tél: 05 22 80 67 87 / 67  
INPE 0920630031

# فيتانفريل قوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV  
LOT  
PER

28,80



## Composition:

Benfotiamine ..... 100 mg

Excipients q.s.p. .... 1 comprimé pelliculé

Excipients à effet notoire :

lactose, saccharose

lire attentivement la notice avant utilisation

ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL® FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

25x34x79  
5

 FORT

PPV 30DH00  
EXP 04/2023  
LOT 14080 6

**Composition :**

Zopidone

7,5 mg

Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé sécable

**Excipients à effets notoire :**

Lactose, amidon de blé.

**Maphar**

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel,

Zenata, Ain Sebaâ, Maroc

**Imovane 7,5 mg**

0514

**احترام الجرعات الموصى بها****RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لا يباع

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE

DES ENFANTS.

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

**Lire attentivement la notice avant****utilisation.**

يجب قراءة هذه النشرة بعناية قبل الاستعمال.

La durée de prescription de ce

médicament ne peut pas dépasser

4 semaines.

لا يجب أن تتجاوز مدة العلاج 4 أسابيع.

**Imovane 7,5 mg**

Comprimés pelliculés

sécables



**Composition :**

Zopidone .....

7,5 mg

Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé sécable

**Excipients à effets notoire :**

Lactose, amidon de blé.

**Maphar**

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel,

Zenata, Aïn Sebaâ, Maroc

**Imovane 7,5 mg**

0514

**احترام الجرعات الموصى بها****RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لا يباع |

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE

DES ENFANTS.

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

**Lire attentivement la notice avant****utilisation.**

يجب قراءة هذه النشرة بعناية قبل الاستخدام.

La durée de prescription de ce

médicament ne peut pas dépasser

4 semaines.

لا يجب أن تتجاوز مدة العلاج 4 أسابيع.

**Imovane 7,5 mg**

Comprimés pelliculés

sécables

