

# 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.

## traitemen

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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 : Dr. AMINE SERIANI

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 & contusions

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

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) :

# 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
30/09/2021			600,00	<i>M. LEACHIM MÉDECIN - DOCTEUR DENTISTE Médecin : 06 03 30 30 20 13/10/21</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE GÉNÉRALE MARANI 13/10/21</i>	13/10/21	153,40

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b>
				<b>FIN D'EXECUTION</b>
				<b>Coefficient des Travaux</b>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>MONTANTS DES SOINS</b>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	<b>DATE DU DEVIS</b>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

**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 :

13/10/2021

Mme Lamia SALOUA

53.40

① Relaxol 60 mg (14x3)

30.00

② Mgantolgi 14x3

28.80

③ Vitaméryl 14x3

41.50

④ Immune 7, 14x3

41.50

Lot : 21E004  
PER : 12/2023

RELAXOL 500MG/2MG  
CP 820

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

# فِتْسَانْفِرْ فُورْ

بنفورتيا ملين 100 ملنج

30 حبة ملمسة

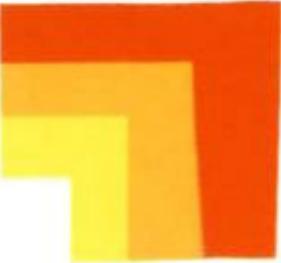
عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

23,80



## Composition:

Bentotiamine ..... 100 mg

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

Excipients à effet notable :

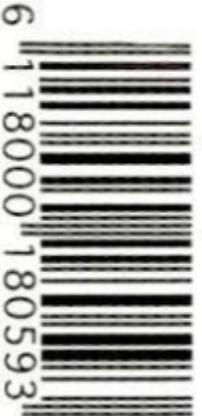
lactose, saccharose

lire attentivement la notice avant utilisation

ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



25X34X79  
5

FORT

**الجرعات - دواعي الإستعمال - احتياطات الإستعمال : انظر النشرة داخل المليء**  
**POSOLOGIE - INDICATIONS - PRECAUTIONS D'EMPLOI : Voir notice**

MANUFACTURER'S

○

**20 Comprimés 37,5 mg / 325 mg**  
Pélliculés

三

三

1

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

رہبری مسٹر ایڈیشن

תְּלִינָה  
לְאַפּוֹרְתָן

سازمان اسناد و کتابخانه ملی  
جمهوری اسلامی ایران

پاراسیتاہمول

325

٢١٤

375

二〇二〇年九月

七

**MYANTALGIC®** 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00  
EXP 04/2023  
LOT 14080 6

**Composition :**

Zopiclone ..... 7,5 mg  
 Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé sécable

**Excipients à effets notoires :**

Lactose, amidon de blé.



Imovane 7,5 mg  
 Comprimés pelliculés  
 sécables



La durée de prescription de ce médicament ne peut pas dépasser 4 semaines.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I  
 RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**Maphar**  
 Km 10, route côtière 111, Quartier industriel,  
 Zenata, Aïn Sebaâ, Maroc

Imovane 7,5 mg

AS, VH



**Composition :**

Zopiclone ..... 7,5 mg  
 Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé sécable

**Excipients à effets notoires :**

Lactose, amidon de blé.



Imovane 7,5 mg  
 Comprimés pelliculés  
 sécables



La durée de prescription de ce médicament ne peut pas dépasser 4 semaines.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I  
 RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**Maphar**  
 Km 10, route côtière 111, Quartier industriel,  
 Zenata, Aïn Sebaâ, Maroc

Imovane 7,5 mg

AS, VH

