

# 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.

## Accident :

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° M21- 1059283

☐ Maladie

☐ Dentaire

98435 ☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 62848

Société : Veuve HADJADI

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : KHALIL MINA

Date de naissance :

Adresse : Lot Zouhir Rue 10 AR 1 EMOB 91

Tél. : 06 25 103454

Total des frais engagés : Azero 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 :

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

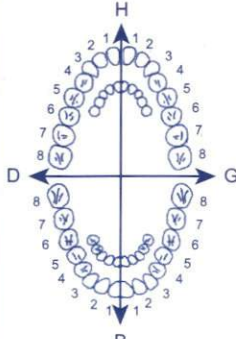
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

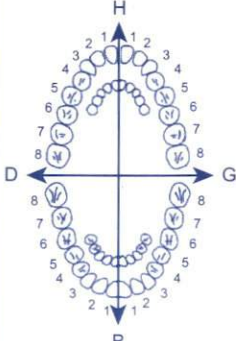
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>                      00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Latifa LABIBE

Médecine générale

Diplômée de la faculté de médecine  
et de pharmacie de Rabat

Ex. médecin interne à l'hôpital  
Mohamed BOUAFI



الدكتورة لطيفة اللبيب

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى

محمد بوافي

ORDONNANCE

Casablanca, le: 23/11/2021 الدار البيضاء في:

50100

HADDADI Widad

LOT : 9761  
UT. AV : 06-24  
P.P.V : 22 DH 00

1) Astaph Sang

14/20 ACP x 2/5

2) RHINOFEBRAL

13/20 1cp x 2/5

3) CETANYL 100mg

50110 1cp / J

4) NAsonex

25100 1pulv / J

5) PRILL sup

22100 16x3 / J

6) Claritec 10mg

1cp / J le soir

NASONEX® 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 40 doses  
P.P.V : 50.10DH

Distribué par MSD Maroc



LOT : 210259  
UT AV : 02/2024  
PPV : 14,30DH

LOT N : (HQ) Add

T=17416

50,00

PPV (DH) :

25,00

LOT N° :

UT. AV. :

CETAMYL 1000 mg

PARACETAMOL

Bulle de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH



6 118000 191438

الآلام والحمى

سيتاميل 1000 ملغ

باراسيتامول

Lot N° / Date Per. :