

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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**

Nº M21- 0061271

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13234 Société : 102159

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FATIMA ZAHRA

Date de naissance : 7.11.1999

Adresse : Mme J. LAZEL BOUAFI 12 RUE ASNC5 NAWLED 3 APPARTEMENT 44 NAArif FATEHION CASA

Tél. : 06 75 360 367 Total des frais engagés : 3.02 + 6.29 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Rachid  
Gastro-Entérologue  
Béni Oum Rabii Rés Al Firdaus imm.  
2ème Etage Oufia Casablanca  
Tél: 05 22 90 05 22/06 61 51 22 34*

Date de consultation : 20/12/2021

Nom et prénom du malade : FATIMA ZAHRA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Incidence d'angéostix

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 : LAZER

Le : 3/12/2021

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
20/02/20 (4)			300 DH	Dr. Dr. Gas... B. Oum Rabii Rés. Al Firdaus 2ème Etage Oujda 22/05/2006

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Dr. Gas... B. Oum Rabii Rés. Al Firdaus 2ème Etage Oujda 22/05/2006	20/02/20	699,10 DH

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS	
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DEBUT D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	DATE DU DEVIS				FIN D'EXECUTION	
MONTANTS DES SOINS	DATE DE L'EXECUTION				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX						



**SYMBIOSYS**  
**alflorex®**



pour le Syndrome de l'Intestin Irritable

Poids net : 7,5 g e

33785/01

LOT

104001

2024/04

Importateur Exclusif  
BIOCODEX MAROC  
B.P 126 Nouaceur  
[www.biocodex.ma](http://www.biocodex.ma)  
P.P.C.: 245,00 DH  
CE N°: 34757/2019/DMP

