

# 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.

## Educations :

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.

## Maladie chronique :

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- 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 : 2/11/1999  
Adresse : Rue J. LAURENT, 12, BOULEVARD DES ANCIENS MAJORS  
APPT A. A. N. A. N. F. B. A. T. I. O. N. C. A. S. A.  
Tél. : 0675360367 Total des frais engagés : 300 + 629 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
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 : Troubles digestifs  
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 : 3/2/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/12/21        | (u)               |                       | 300DH                           |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 20/12/21 | 629,10 DH             |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 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         |
|                           |   |                  |             |                         |
|                           |   |                  |             |                         |
|                           |   |                  |             |                         |
|                           |   |                  |             |                         |
|                           |   |                  |             |                         |
|                           |   |                  |             |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>H</b><br/> 25533412<br/> 00000000<br/> <b>D</b> </div> <div> 21433552<br/> 00000000<br/> 00000000<br/> 35533411<br/> <b>G</b> </div> </div> <b>B</b><br><br><b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                           |   |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                           |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |
|                           |   |                  |             |                         |
|                           |   |                  |             |                         |
|                           |   |                  |             |                         |
|                           |   |                  |             |                         |
|                           |   |                  |             |                         |
|                           |   |                  |             |                         |
|                           |   |                  |             |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



**Dr. Rachida BENScri**

**لدكتورة رشيدة بن سكري**

Hépat - Gastro  
Entérologie - Proctologie  
(Hémorroïdes - Fistule  
- Fissure...)



اختصاصي في أمراض  
الجهاز الهضمي  
الكبد، جراحة البواسير  
وأمراض المخرج

Casablanca, le :

20/12/2021

245,00 x 2

Alghes

FATIMA

Dr. Rachida BENScri  
Hépat-Gas. o Entérologie-Proctologie  
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous Imm. L 30  
2ème Etage Oulfa Casablanca  
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

102,00

Aulac

37,10

peridys

629,10 Dh



LOT: 21E002  
PER: 12/2022  
PERIDYS 1MG/ML  
SUSP BUV F200ML  
P.P.V.: 37DH10  
6 118000 011255

Dr. Rachida BENScri  
Hépat-Gas. o Entérologie-Proctologie  
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous Imm. L 30  
2ème Etage Oulfa Casablanca  
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

Pharmacie du Complexe 2r  
Mme KADIRI HASSAN  
33, Rue Mohammed VI  
Tél: 05 22 90 05 22

Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous, Imm L 30 - 2ème Étage - Oulfa  
Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

**SYMBI**  **SYS**<sup>®</sup>

**alflorex**<sup>®</sup>

*Pour le Syndrome de l'Intestin Irritable*

**Poids net : 7,5 g** 

104001

LOT

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**

33785/01

