

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

## tions 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.

## Education :

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.

## Dentaire :

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.

## 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1646 Société : RAM ND  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité NO 962  
Nom & Prénom : KARIM MOHAMED  
Date de naissance : 01/01/1953  
Adresse : LOT NASSIM N° 304 HAY NASSIM Casablanca  
Tél. : 0668217210 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 21/01/02

Nom et prénom du malade : KARIM MOHAMED Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection neurologique

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 : Co-Da Le : 21/01/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## 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
21/01/22	3		350,-	Dr. Neurologue 06 71 76 05 02 maisonmedicale@orange.fr

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	27/10/1122	828,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

#### **PALEVE 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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 27/11/22

سوطنیا  
othema



Fluoxet® 20 mg  
30 gélules



LOT 212370  
EXP 09 2024  
PPV 180.00



فوجي



50 mg

Voie orale

30 x

Comprimés

SYNMAX®

Lamotrigine

COOPER  
PHARMA

DURÉE : MATIN MIDI SOIR

LOT : PA00603  
PER : 06-2022  
PPV : 150,00DH

اتبع ارشادات الطبيب والصيدلي

50 mg

Voie orale

30 x

Comprimés

SYNMAX®

Lamotrigine

COOPER  
PHARMA

DURÉE : MATIN MIDI SOIR

LOT : PA00603  
PER : 06-2022  
PPV : 150,00DH

اتبع ارشادات الطبيب والصيدلي

50 mg

Voie orale

30 x

Comprimés

SYNMAX®

Lamotrigine

COOPER  
PHARMA

DURÉE : MATIN MIDI SOIR

LOT : PA00603  
PER : 06-2022  
PPV : 150,00DH

اتبع ارشادات الطبيب والصيدلي

# فليوكست

فليوكستين

20

60  
عن



LOT 212879 4

EXP 11 2024

PPV 297.00 DH

