

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Déclaration de Maladie et 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- 0014944

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7088 Société : RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JENEYL HASAN Date de naissance : 01/01/1957

Adresse : TL WAFA H 297 DEROURA

Tél. : 0662135066 Total des frais engagés : .....

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, App 121  
Aïn Chicha Casablanca - Tél : 0522870 890

Date de consultation : 23/10/19

Nom et prénom du malade : JENEYL HASAN

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète Coïtrice opérée

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 : CMA

Le : 28/10/19

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
23/11/19	9	300/4		Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121 Ain Chock, Casablanca - Tél : 0522 870 890

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MOUNA 06 20 62 09 00	23/11/19	398,10

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux

# الدكتورة بنالله الغربي فاطمة

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition

إختصاصية في أمراض الغدد  
والسكري والتغذية

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le .....

28/10/19

Mr

JEMEL HASSAN

## REGIME SANS SUCRE

78,70  
3x DIAMICRON 60  
en. 2 comprimés  
3x LEVOTHYROX 100  
1 comprimé  
3x 2,80 LEVOTHYROX 25  
1 comprimé  
3x 10,40 METFORMINE WIN 500  
1 comprimé  
6x 10,40

## TRAITEMENT DE 3 MOIS

Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, App. 121  
Ain Chock, Casablanca - Tél: 0522 870 890

391.10

10,40

10,40

10,40

10,40

~~10,40~~



10,40

10,40

10,40

10,40

~~10,40~~



10,40

10,40

10,40

10,40

~~10,40~~



10,40

10,40

10,40

10,40

~~10,40~~



10,40

10,40

10,40

10,40

~~10,40~~



10,40

10,40

10,40

10,40

~~10,40~~



78,70

242600060-02

78,70

242600060-02

78,70

242600060-02