

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.

rmacie :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2731 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HICHAM LATIFA

Date de naissance : 15/03/56

Adresse : Hablielle

Tél. : 06.24.60.60.38 Total des frais engagés : 49,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

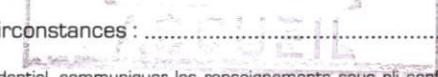


Date de consultation :/...../.....

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 : / /

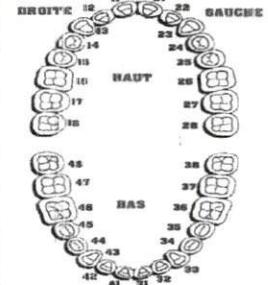
Signature de l'adhérent(e) : 

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> Montant des soins <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> Début d'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> Fin d'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> Coefficient des travaux <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> Montant des soins <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> Date du devis <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> Fin de <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100px;"></div>												
																	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire H <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">25533412</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">00000000</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">00000000</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">35533411</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				D	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553
D	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle 2731
DECLARATION N°		W18-354820
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Sept 19	49,70	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 2731		MEDECIN Prénom du patient Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age Date Nature de la maladie Date 1ère visite								
Nom & Prénom HICHAM LATIFA Fonction : Retraité Phone : 06 24 60 60 38										
Mail										
PHARMACIE Date 31/07/19 Montant de la facture 49,70										
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires										
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 20%;">AM</td> <td rowspan="2" style="width: 20%;">PC</td> <td rowspan="2" style="width: 20%;">IM</td> <td rowspan="2" style="width: 20%;">IV</td> <td>Nombre</td> <td>Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>			AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC						IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires

*PHARMACIE MZOURA
 Dr. MEHDI BENMAHLOUF
 Tél : 06 61 06 92 32*

Le 31/07/19

Facture N° 2

M: HILHAM LATIFA

LOT: G461
PER: 02/20
PPV: 20DH00

OURA
LOU
232

Quantity	designation	P. Unit.	P. Total
1	TOPLEXIL Sp	15,70	
1	DOLI GRIPPE SAC	20,00	
1	DOLIPRANE 1G cp	14,00	
		49,70	

PPV: 14DH00
PER: 12/20
LOT: G2848



PHARMACIE MZOURA
Dr MEHDI BENMAKHLOUF
TEL: 06 61 06 92 32

TopTexil®

15,70 150 ml

