

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

litions 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.

iologie 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.

ique :

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.

ntaire :

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.

ladie 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 P19- 051114

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

222 19
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9955 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KH ACCOULLI Soufiane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 travaux
DROITE	GAUCHE				
11	21	1			
12	22				
13	23				
14	24				
15	25				
16	26				
17	27				
18	28				
19	29				
20	30				
21	31				
22	32				
23	33				
24	34				
25	35				
26	36				
27	37				
28	38				
29	39				
30	40				
31	41				
32	42				
33	43				
34	44				
35	45				
36	46				
37	47				
38	48				
39	49				
40	50				
41	51				
42	52				
43	53				
44	54				
45	55				
46	56				
47	57				
48	58				
49	59				
50	60				
51	61				
52	62				
53	63				
54	64				
55	65				
56	66				
57	67				
58	68				
59	69				
60	70				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
DROITE	GAUCHE	H	25533412 00000000	21433552 00000000	G
D	D		00000000 35533411	00000000 11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

VOLET ADHERENT	NOM : <i>Khalilouki Soufiane</i>	Mie 99/5
DECLARATION N°	W18-389949	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
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		Mie 99/5	DATE DE DEPOT
Nom & Prénom <i>Khalilouki Soufiane</i>			
Fonction : <i>Insepteur</i> Phone : <i>0662791657</i>			
Mail <i>skhalilouki@amadeus.com</i>			
MEDECIN		Prénom du patient <i>Khalilouki Soufiane</i>	
Adhérent	<input type="checkbox"/>	Conjoint	<input type="checkbox"/>
Enfant	<input type="checkbox"/>	Age	15 JAN. 2020
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Vice de cefaction			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CST	C2	300 DHS	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : 13/02/2020	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
13/2/20			
		Gloodhi	

GRANDE VISION
26, Chabdi Mall-Bd. Gindi
Télé : 023 23 0769

Docteur Dalila SBAI IDRISI

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 15 janvier 2020

Mr. KHALLOUKI Soufiane

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets

VL :

OD = Plan

OG = Plan (- 0.75 à 89°)

VP :

ODG = Add : + 1.50

EIP 64 mm

Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophthalmologiste
84 Bd. M. Driss 1er
Tel. 05 22 86 06 06

GRANDE VISION
26 Avenue Sidi El Ghédi
Casablanca
Tél/Fax. 022 308 69

Grande **VISION**
OPTICIENNE OPTOMETRISTE

CASABLANCA LE 13/02/20

Client :

ME Khallouki
Saujane

FACTURE N° 13120

Désignation	Quantité	Prix Unitaire TVAC	Montant TVAC
Monture optique	1	1700	1700
Verre organique progressif	1	2250	2250
Anti reflet			
Verre organique progressif	1	2250	2250
Anti reflet			
TOTAL TVAC			6200,00 DH
DONT TVA (20%)			1033,33 DH

Arrêtée La présente facture à La somme
de six mille deux cent dh.

GRANDE VISION
26 Ghandi Mall, Bd. Ghandi, Mâarif Extension, Casablanca
Tél/Fax: 022 23.08.69