

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.

Diagnostique 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.

Rééducation :

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 067806

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03109 Société : 35138

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : CHERQUAOUI Mohamed

Date de naissance : 01-01-1950

Adresse :

Tél : 0661 307244 Total des frais engagés : 1123,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/07/2020

Nom et prénom du malade : CHERQUAOUI Mohamed Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : RGO + etc

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 : 06/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/07/20 | C | | 30,00 | <i>Dr. Ali OUDGHIRI</i> (Foi - Estomac - Intestin - Appareil Digestif) 46, Bd. Bourguignon - Algérie - Tél : 0522 25 18 18 F-mail : alioudghiri@gmail.com |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>Pharmacie DANON</i> 47 Boulevard Bourguignon - Algérie Tél 0522 25 09 18 - Carabance | 06/07/20 | 823,20 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canaux, 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 | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 </div> <div> 00000000 11433553 </div> </div> B | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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'EXECUTION

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair bnou al aouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 40 mg Cpr GR
 Bolte 14
 641/15DMP/21ANRQ P.P.V.:123,60 DH
 6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair bnou al aouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 40 mg Cpr GR
 Bolte 14
 641/15DMP/21ANRQ P.P.V.:123,60 DH
 6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair bnou al aouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 40 mg Cpr GR
 Bolte 14
 641/15DMP/21ANRQ P.P.V.:123,60 DH
 6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair bnou al aouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 40 mg Cpr GR
 Bolte 14
 641/15DMP/21ANRQ P.P.V.:123,60 DH
 6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair bnou al aouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 40 mg Cpr GR
 Bolte 14
 641/15DMP/21ANRQ P.P.V.:123,60 DH
 6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair bnou al aouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 40 mg Cpr GR
 Bolte 14
 641/15DMP/21ANRQ P.P.V.:123,60 DH
 6 118001 020607

LOT : 9MA171
 PER.: 05 2022
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUUV FL 200 ML
 P.P.V.: 40DH80
 6 118000 011040

LOT : 9MA171
 PER.: 05 2022
MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUUV FL 200 ML
 P.P.V.: 40DH80
 6 118000 011040