

COMMANDATIONS 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.

Radiologie 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° W19-455072

ND: 36027

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2982

Société :

Private

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KHOURAISI MOSTAFA

Date de naissance :

1/07/1962

Adresse :

5 lot Almaghrib Aljadiet - CASA

Tél. :

066148125

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

27/07/2022

Nom et prénom du malade :

KHOURAISI MOSTAFA

Age :

64

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DATTIER Tazi Naji B. Lot. Halil 5 Casablanca Gsm : 06 61 07 53 12	27/07/20	PHARMACIE DATTIER Tazi Naji 149 B. Lot. Halil 5, Lissasta Casablanca Gsm : 06 61 07 53 12 975.60

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)
				INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> $\begin{array}{r} \text{H} \\ \begin{array}{ c c } \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline \end{array} \\ \text{D} \quad \text{G} \\ \begin{array}{ c c } \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline \end{array} \\ \text{B} \end{array}$ </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

68.9°
68.9°
68.9°
68.9°

27-07-2022

M. Khoumatsu Modif

Fludex V  68.9° x4
275.6°

PHARMACEUTIQUE
Tizi H. Lissasfa
149 B. Loualhana
Guelmim 81075312



Le 9/1/20

Facture N°

U2

M.

PHARMACIE DATTIER
Taz, Narits, Lissasfa
149 B, Lot 1101 Fateh 3, Casablanca
Gsm : 06 61 07 53 12