

# 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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.

## 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.

## aladie 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-

051942

Optique

36.995

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 319 Société : AT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

REZKI JILALI

Date de naissance :

17-06-41

Adresse :

3 RUE 3 HAY CHEMS

Tél : 0322368408

0670025111

Total des frais engagés : 418.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22/10/2020

Nom et prénom du malade :

REZKI Jilali

Age : 78

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Troubles anxieux

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 : 15/08/20

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

## 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
23/07/20				INPE 041135351

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr. Salam - CCI Télé: 033 24 55 11	23/7/20	418,50

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
ANL			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

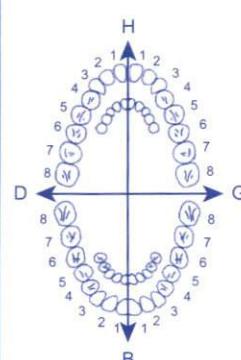
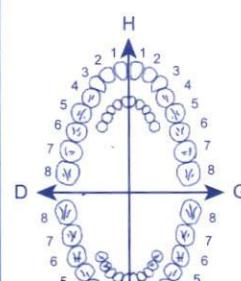
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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															
																			
																			
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>																			
<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>				<b>MONTANTS DES SOINS</b>															
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			<b>DATE DU DEVIS</b>
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
G																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

# ORDONNANCE

Abdelghani ABOUSSAAD  
Médecin Généraliste

le : 23/07/2020



MR

REZKE Jilali

83,70  
x5  
x

S.V

Glaxo XAT - 20 mg

140 mg

418,50

par (02) mois

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
ID : 644244  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
ID : 644623  
6 118000

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
ID : 644244  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
ID : 644623  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
ID : 644244  
6 118001 140237



PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - CIL  
Tel: 0522 94 65 30 - CASABLANCA



Abdelghani ABOUSSAAD  
Médecin Généraliste