

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## 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.

## entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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.



## Événement Déclaration de Maladie

N° P19-

064580/10349

Maladie

Dentaire

32054 Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10349

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : 2014AFI EL Moustafa

Date de naissance : 27/09/1958

Adresse : La Mzene

Tél. : 06 58 60 78 64 Total des frais engagés : 49,70 Dhs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/08/2020

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/04/2020

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>نحوه</i> <i>الطباطبائي</i> <i>Darb Al Tabtabai</i> <i>Al Huda Hospital</i> <i>Al Huda Hospital</i>	01/04/2020	47.70

## 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	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la **dermatose traitée**, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

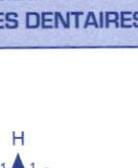
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
00000000 00000000

## **(Création, remont, adjonction)**

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> 	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		<p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
G																		

PC 03400932043293



EXP 03 2021

Lot 68847

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 17.40 DH  
ID : 630254  
9 118000 161295

Dermoval  
0,05 % CREME

Tube de 10 g



SUSPENSION OPHTALMIQUE STERILE

(Tobramycine, Dexaméthasone)

IComb®  
إيكومب®

30 DH  
PPV : 30 DH 30

Lot: W A 0 1 5 4  
Feb: 0 1 1 9  
Exp: 0 1 2 1



Jamjoom Pharma  
الجمجمة للأدوية



Derb Laafou Rue 34 N° 43 CASABLANCA

Dr IRAQI HOURIA DOCTEUR EN PHARMACIE

D.N.S:1763756 R.C:32519 PATENTE:33604253 I.F:449163110 TEL:022 81.35.83 FAX:022 81.31.27 ICE:001697447000073 INPE:

F A C T U R E

Client: ZOUAFI ELMOSTAPHA

ICE: 001697447000073

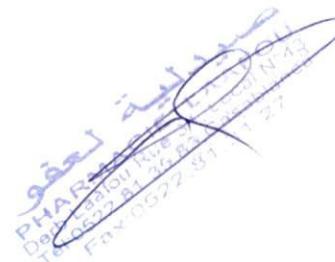
Date: 01/04/2020

FACTURE N°: 789

QUANTITE	DESIGNATION	PPV	MONTANT	TVA
1	DERMOVAL 10 GR CREME	17.40	17.40	7
1	ICOMB COLL	30.30	30.30	7
DONT TVA: 7 %: 3.12		TOTAL: 47.70		
DONT TVA: 20 %: 0.00				
TOTAL TVA: 3.12		TOTAL NET: 47.70		

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:

QUARANTE SEPT Dirhams 70 Centimes



Dr IRAQI HOURIA  
PHARMACIE LAAFOU Rue 34 Casablanca  
Tel: 022 81.35.83 FAX: 022 81.31.27  
ICE: 001697447000073