

# 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 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- 047396

NP: 402 86

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2969

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

NAJIB

Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/09/2020

Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : ..... / ..... / .....

## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10/09/2015      | CS                | G                     |                                 | <br> |



## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur    | Date              | Montant de la Facture |
|---|-------------------|-----------------------|
| <i>Pharmacie de la Suisse SA - Genève</i> | <i>10/09/2007</i> | <i>321,45</i>         |



#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées                            | Nature des Soins          | Coefficient |                         |
|---|---|---------------------------|-------------|-------------------------|
|   |   |                           |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |   |                           |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   |   |                           |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|   |   |                           |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                           |             |                         |
|   | H<br>25533412<br>00000000                 | G<br>21433552<br>00000000 |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| D<br>00000000   | B<br>35533411                             | G<br>11433553             |             | MONTANTS DES SOINS      |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |                           |             | DATE DU DEVIS           |

# ORDONNANCE

Le: 10/03/2020

Najib Nofert



- 1) Dolipronal (2 BH)  
14.03.2020 Ac pa 3/ (2 BH)
- 2) Amoxicil (2 BH)  
55.03.2020 Asachex (2 BH) (2 BH) 321.40
- 3) Tabor (2 BH) (2 BH)  
103.40 1 c p/j
- 4) Simtrom (4 BH) (4 BH)  
2.03.2020 1 c p/j



PPV: 14DH00  
PER: 03/23  
LOT: J362



PPV: 14DH00  
PER: 04/23  
LOT: J1018



PPV: 55,00 DH  
LOT: 619184  
PER: 11/20

PPV: 55,00 DH  
LOT: 623678  
PER: 06/21

PPV : 20,00  
Exp :  
N° Lot :

PPV : 20,00  
Exp :  
N° Lot :

PPV :  
Exp :  
N° Lot :  
20,00

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00

TAHOR 20MG 28 CPS  
P.P.V : 103DH40  
6 118000250807

Laboratoires  
Méphé  
S.A.

Emballage scellé.  
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

INPE:062

Pharmacie  
OURIRACHE  
Dr. A. PALA  
Tél: 209, en plus A. PALA  
5223, Rachidine  
7433, Rachidine  
64, Béni II  
Béni II  
Béni II