

# 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **iologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **aire :**

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.

## **die 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1488 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : RAHMOUNE Jamila

Date de naissance : 20/6/52

Adresse : Am 29 Apr 4 2<sup>e</sup> étage, 2002 Zelfarne

CIN : CYF

Tél. : 060168100 Total des frais engagés : X 295,500 Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/09/2020

Nom et prénom du malade : Mme Jamila RAHMOUNE

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : lem balle

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie de la peau

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.

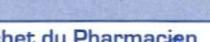
Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
03/09/2020	C	C	110811	 <p>Dr. Amal Ben Ghazi Médecin Généraliste hôpital - Tunisie - Tunisie - Qualif. Appr. 1 Ann Chois - Tel : +216 22 81 27 74</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ACHIR</b> 101, Bd El Hedi 314, Kara 1 A 5522528252	03-09-20	145.10

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a 3D grid of nodes arranged in a cube-like structure. The nodes are labeled with letters A through Z. The vertical axis has nodes A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z. The horizontal axis has nodes A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z. The depth axis has nodes A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Échographie

Nutrition-Régime Spécialisé

Gynécologie Médicale-ECG

الدكتورة أمل بوص

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)

التغذية. تخطيط القلب. العيادة (ريجيم)

طب النساء

## ORDONNANCE

Casablanca, le

03/09/2020 الدار البيضاء

145,00 - M. Jamila R. H. MOUNT

38,00



PHARMACIE ACHIR  
101, Bd El Qods La Mandarouna  
Rue 14, 1000 Casablanca - Maroc  
Tél. : 05 22 87 27 74

14,80 x 4

- Verme A.C.P.  
tcp 18u

24,10 x 2

PHARMACIE ACHIR  
101, Bd El Qods La Mandarouna  
Rue 14, 1000 Casablanca - Maroc  
Tél. : 05 22 87 27 74

- C. S. 18u



05 22 87 27 74 شارع القدس الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف :

806, Bd El Qods - 1er Etage - Appt 2 - Hay Mandarouna - Ain Chock - Tél. : 05 22 87 27 74

Lot N° :  
Exp :  
PPV :

14,80



14,80



14,80



14,80



24,00



24,00

