

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

ptique :

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.

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

Nº P19- 049993

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1096 Société : 40785

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZERROU, Abdellatif

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.01.04.97.54 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

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 :

Signature de l'adhérent(e) : M. Abdellatif ZERROU

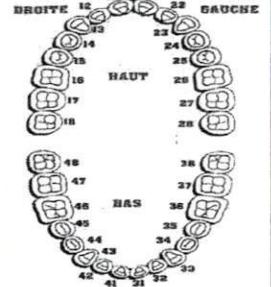
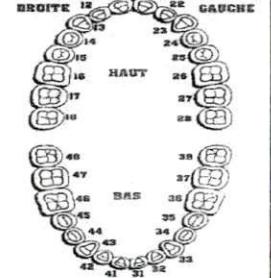
Le : / /

SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des soins Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de | |
|---|----------------|--|------------------|-------------|---|--|
|  DROITE HAUT BAS GAUCHE | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | | |
|  DROITE HAUT BAS GAUCHE | | H | 25533412 | 21433552 | G | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | |
| | | | 00000000 | 00000000 | | |
| | | | 35533411 | 11433553 | | |
| | | (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| VOLET ADHERENT | | NOM : Mle | | | | |
| DECLARATION N° | | W18-340395 | | | | |
| Date de Dépot | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | | | | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | | | | |



W18-340395

DATE DE DEPOT

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT **Mle**

Nom & Prénom : **ZERROU Abdennabi**

Fonction : Phones :

Mail :

MEDECIN Prénom du patient : **Zerrou Abdennabi**

Adhérent Conjoint Enfant Age :

Nature de la maladie :

Date 1ère visite :

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances : **Non**

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

Cs **1** **300 DT**

PHARMACIE Date : **24/08/20**

Montant de la facture : **217,70**

Dr Ahmed Farid MERINI
 Psychiatre, Relié au Dr Zerrou
 25, Av. 2 Mars - Abdol, Rabat
 Tel.: +212 31 94 53 14
 A. BOUTALEB Pharmacie
 Rue de Fes, Monastir
 Tel.: 05 23 32 34 60

Comprimés pelliculé
 LOT : F90015
 PER : DEC 2020
 PPV : 91 DH 00

Comprimés pelliculé
 LOT : KE00009
 PER : DEC 2021
 PPV : 91 DH 00

LOT 200595 1
 EXP 06 2023
 PPV 35.70



Dr Ahmed Farid MERINI

Psychiatre

Psychothérapie - Psychanalyse
pour Adultes, Enfants et Adolescents
CES de Psychiatrie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

D.E.A de Psychopathologie
Ancien Médecin Interne Titulaire
des Hôpitaux de Nice

Sur rendez-vous

Rabat, le : 24/08/20.. الرباط، في:

Lezzou Absent

91,00 در

- سيفون 5 درج.
ع.ل.م. + 5 درج

5

فوجي

35,70 درج. الم. و. ل. + 5 درج

5

- دلبراج 0 درج.

5

0 - 114 - 110

+ 5 درج

217,70

Dr Ahmed Farid MERINI
Psychiatre
25, Av. Atlas - Agdal, Rabat - Maroc
Tél.: +212 (0)5 37 67 55 24

PHARMACIE IBN YASSIN
A. BOUTALEB Pharmacien
Rue de Fes - Mohammedia
Tél : 05 23 32 34 60