

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions 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.

Pharmacie :

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.

que :

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

Education :

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.

caire :

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 tous les 6 mois.

renouvelée



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11661 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASSINE AFAF

Date de naissance : 09/08/72

Adresse : 14, Pavillon, Dar Bouazza, Casablanca

Tél. : 0662 51 22 07 Total des frais engagés : 13.15,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même



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

Le : 03.12.20

Signature de l'adhérent(e) : CH

Déclaration de Maladie

N° P19- 03 065590

ND: 49863

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

Piéce du Pharmacien
 DE l'ordre du Fournisseur
 Route de L'Est
 JEAN BA
 Dar Bouazza - Casablanca
 Tel : 06 22 29 1
 399369 - T.P. 15

Date	Montant de la Facture
02/12/2020	1315.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 00000000
D	00000000 35533411
B	21433552 11433553
G	00000000

(Création, remont, adjonction)

PRATICIEN ATTESTANT

Praticien : 2045 IV
Signature : 2045 IV



PHARMACIE LES JARDINS DE L'OCEAN

RTE D AZEMMOUR KM 15 DAR BOUAZZA

Docteur en pharmacie

R.C :399369

Patente:32960411

T.V.A.:

Tél :0522 29 08 29

Le 02/12/2020

FACTURE N°274597

N° ICE : 001987906000033

HASSINE AFAF

N° IF : 25109233

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	INS NOVORAPID FLEXPEN 100U5*3M	571,00	0,00	571,00	571,00		571,00		
1	INS LANTUS SOLOSTAR 5 STYLO	744,00	0,00	744,00	744,00		744,00		
PHARMACIE LES JARDINS DE L'OCEAN BAY SIDI AU Route d'Azemmour Km 15 Dar Bouazza - Casablanca Tél : 05 22 29 08 29 RC : 399369 - T.P. :32960411									

-- LAPROPHAN --
PPV : 571DH00



DROIT TIMBRE 0.25%	BRUT TTC	0,00	- Remise	0,00	= NET TTC	1 315,00
--------------------	----------	------	----------	------	-----------	----------

Nombre d'Articles : 2	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
-----------------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Mille Trois Cent Quinze Dirhams.