

# 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.

## **ctique :**

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 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.



## **Déclaration de Maladie**

N° P19-

056510

ND: 52041

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

1875

1875 Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom: QUAKHACHAHI SANAA

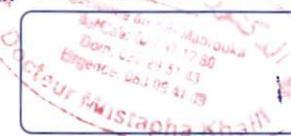
Date de naissance : 15/03/1966

Adresse : HAY AL WALAA TR 6 SEC 1 IM AP 124

Tél. : 06 67 67 44 60 Total des frais engagés : 1000 Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



18 DEC. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 1/12/2020

Nom et prénom du malade : QUAKHACHAHI SANAA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : APP intestinale

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 :

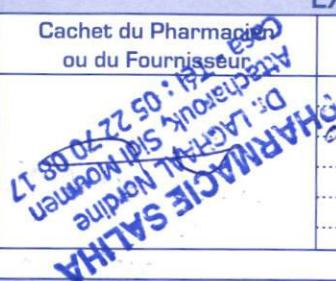
Le : 1/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
1.12. 2020	C	1	120,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.12.2022	156,50

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

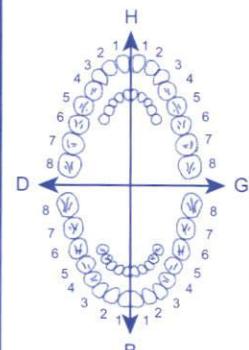
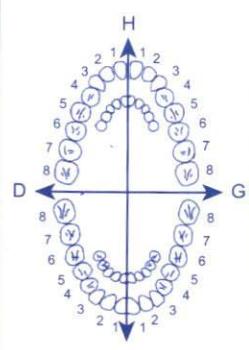
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaire, 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000	G 00000000		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mustapha Khalil

14, Avenue du Nil, Mabrouka

Tél: CAB. Fax : 0522 37 12 80  
DOM. : 0522 98 34 14  
URGENCE : 0663 09 41 09

الدكتور مصطفى خليل

14 ، شارع النيل - مبروكه

عافية . فاكس : 0522 37 12 80

0522 98 34 14 : متن

0663 09 41 09 : مستعجلات

1

Casablanca, le 1. 12. 2020

## ОУАКНСНАСНІ ІДАВАА

24,50

- Spas for cp

SV

1 rep x 3 fois par jour

30,53<sup>12</sup> modium 2mg N° 2

(SV)

dep matin + midi + Soir + apres chaf. Selke dep

16. <sup>50</sup> T. TA Noréine Crema

SV

Après chaque séance

Voltaggio 100mV Suppo  
le 800 1 Suppo

SV

156.50

5/2008 08 22 08:14:05 - 08/08/2008 17  
Mormone Solid Mutterdi LAGHACH AL DIA  
SALIMA PHARMACEUTICALS LTD.

27,50

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél



P.P.V : 30DH50



6 118000 010845

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél



P.P.V : 30DH50



6 118000 010845

LOT: 200886  
PER: 06-23  
PPV: 16,00DH

LOT: M19070  
EXP: AVR 2022  
PPV: 52,00 DH