

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Optique :

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.

## Dentaire :

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.

53552

## Déclaration de Maladie : N° P19-0015056

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Société :

R.M.R. Retraite

Nom & Prénom :

BENOUHOU A35

Date de naissance :

07/08/1949

Adresse :

Tel : 06445114940

Total des frais engagés :

339.00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

335

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] :

Le : 28/11/2020

## 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ANNEE 2000 BOUTIQUE PHARMACIE CHARLES LAFAYETTE 10 Bd de la CASA D'INDIA 05210 LA SOUTERRAINE	6.8.2000 12 2000	399,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

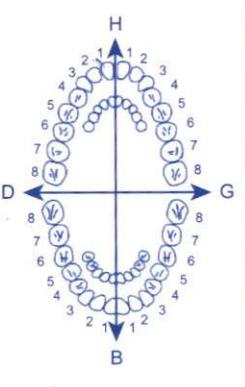
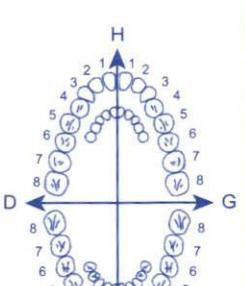
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan

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

صيدلية لا جيرونوند

# PHARMACIE DE LA GIRONDE

Mme Mouna GHARBAOUI GHATTAS

Docteur en Pharmacie

Diplômée d'état de la faculté de Rennes (FRANCE)

السيدة الغرباوي غطاس منى

دكتورة في الصيدلة

خريجة كلية الصيدلة برين (فرنسا)



Casablanca, le 08/11/2010 الدارالبيضاء، في 08/11/2010

Facture N° : 0001450

M. BENOUHOU ABDELAZIZ

3. VAlphaplus 1601850 4 133,00 x 3  
= 399,00

PAKeté la présente Facture a la somme de:  
Trois cent quatre-vingt-dix-neuf dh.

PHARMACIE DE LA GIRONDE,  
Mme Gh. Ghattas Mouna  
Place KHAIBAR  
Angle Bd de la Gironde et Rue Ifni  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 30 06 19

# فالفي بلوس® 25/160 مع

فالسارتان/هيدروكلوروتيازيد

VALPHI Plus 160mg/25mg

28 Comprimés



6 118000 051596

28 قرصا



φ  
h.i.

معهد الصدقة

LOT : 006  
PER : MAI 2021  
PPV : 133 DH 00

# فالفي بلوس® 25/160 مع

فالسارتان/هيدروكلوروتيازيد

VALPHI Plus 160mg/25mg

28 Comprimés



6 118000 051596

28 قرصا



h.i

معهد الصدقة

LOT : 006  
PER : MAI 2021  
PPV : 133 DH 00

# فالفي بلوس® 25/160 مع

فالسارتان/هيدروكلوروتيازيد

VALPHI Plus 160mg/25mg

28 Comprimés



6 118000 051596

28 قرصا



h.i

معهد الصدقة

LOT : 006  
PER : MAI 2021  
PPV : 133 DH 00