

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

cique :

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.

ladie 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-

066373

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11661

Société : CREIL RAM B3915

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : HASSINE AFAF

Date de naissance : 09/08/72

Adresse : 14, Daillou, Dar Bouazza Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : 21.00,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : Casa

Le : 20/07/20

Signature de l'adhérent(e) : CJ

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
2B - MEDICAL 17, Place Charles Nicolle 2 Etage 7 Maârif Casablanca Tél : 06 12 24 07 50	15/07/20	✓	✓	✓		17. Place Charles Nicolle Appt. 2 Etage 7. Maârif Casablanca Tél : 06.12.24.07.50

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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—————
00000000	00000000
35533411	11433553

Création, remont, adjonction)

2B MEDICAL

22, Angle rue Abou Baker Ibn Zahr
Quartier Des Hôpitaux Casablanca

FACTURE N°2020-97

Date : 15/07/20

Client : HASSINE AFAF

Désignation	Quantité	Prix uni TTC	Montant TTC
Bandelette glycémie	02	200 dh	400 dh

TOTAL TTC: 400dh

2B MEDICAL
17, Place Charles Nicole
Appt 2 Etag Maârif Casablanca
Tél : 06 12 24 07 50

R.C. :222977 -Patente : 36390180-I.F. :110119050- CNSS : 8507826
22. Angle Rue Abou Baker Ibn zahr. Quartier des hôpitaux -Casablanca- ICE 000204082000065
Tél : 0612 24 07 50

ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips

For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

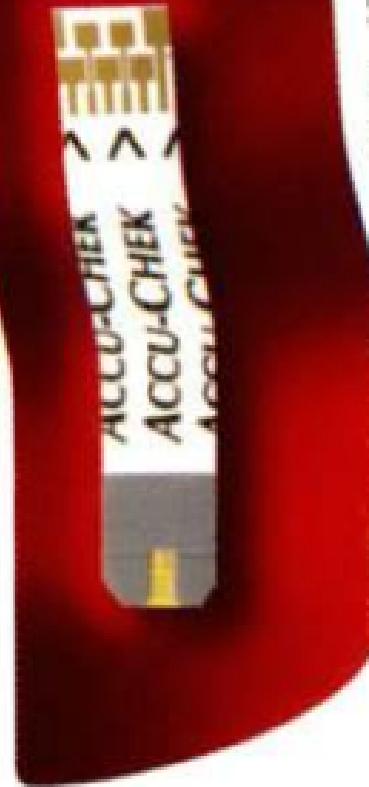
Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo



IVD



REF 06454011200



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



REF 06454011200



4 015630 982110



Roche Diabetes Care GmbH

Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-cheek.com

Made in U.S.A.

