

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.

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.

taire :

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.

adie 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.



3.5167

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023786

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9909 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAJIB DELIA Date de naissance :

Adresse : ETATEB TISSIRI BERRCHID

Tél. : 0660837318 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 :

Le : / /

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
		6	6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 135 Rue Ibla Abou Madi - BERRECHID - Tel.: 0522 93 64 01		543, 80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

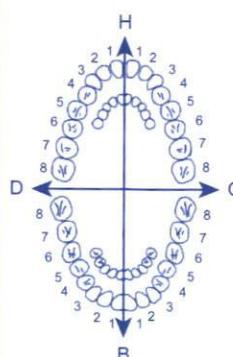
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				DATE DU DEVIS
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
G				
MONTANTS DES SOINS				DATE DE L'EXECUTION
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

ORDONNANCE

le 9/10/2020

Nom / Prénom :

DEBBACHE Chedid

40,30x3.

1) graciline (Boute)

112,50 - 1 cp x 2 (S. ✓)

2) Lotens

30,50 - 1 gtt x 2 (S. ✓)

3) Imodium 2 - (S. ✓)

78,70 - 1 cp x 2 (S. ✓)

4) Diclofenac 60 - (S. ✓)

43,30x2 - 1 cp x 2 (S. ✓)

5) ADO 1 - (S. ✓)

38,20x3 - 1 cp x 2 (S. ✓)

6) Indomethacine 1 sup x 2 (S. ✓)

~~Pharmacie ALFAAQ~~
1-3-5 Rue Ibla Abou Madi
BERRECHID
Tel: 0522 93 64 01



U.I.

U.I.

cicilline

LOT 191687 UT AV 06/22
PPV 40.30 DH

cicilline

LOT 191687 UT AV 06/22
PPV 40.30 DH

U.I.

nicilline

LOT 182350 UT AV 09/21
PPV 40.30 DH

fab. : تاريخ التصنيع
 تاريخ الانتهاء :
 le lot : الدفعة :

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50

6 118000 010845

A.
UTILISATION

Tableau A (Liste 1)

Distribué par Zenith Pharma

AMM Maroc N°: 32-BMP/21/NNP ر. المغرب رقم:

PPV = 112,50 DH

7617 & Lomb Incorporated

78,70

43,30

43,30

INDOLAN® 100 mg 10 suppositoires

PPV 38DH20

EXP 08/2022
LOT 95024 1

INDOLAN® 100 mg 10 suppositoires

PPV 38DH20

EXP 08/2022
LOT 95024 3

DOLAN® 100 mg 10 suppositoires

PPV 38DH20

EXP 11/2022
LOT 90040 5