

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

ologie 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.

ducation :

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.

aire :

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 prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0007596

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAFIK HANAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/09/2010

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) :

Déclaration de Maladie

N° P19- 0048018

ND: 43738

Optique

Autres

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
13.09.2016	CS		300 Dhs	DR BNA DOHR al Berka

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA QUINQUENATION Lotissement Laamiri N°18 BERRECHID Tél : 05 22 32 45 71	10/09/2022	225.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533414	14420552

[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">B</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

Mme HANANE

RAFIK

Berrechid le : 19/09/2020

ORDONNANCES

48,40

(1) Gaviscon

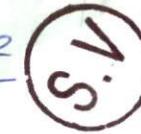
58,40 100ml x 3/j

(2) Smecta

40,80 15g x 3/j

(3) Motilium

37,00 10ml x 3/j

(4) Ultra-levane

23,70 1gel x 3/j

(5) Erexfuryl 200

27,50 1gel x 3/j

(6) Sposfor

10g x 3/j

PHARMACIE LA CONSERVATION
Lotissement Laamiri N°18
BERRECHID
Tél : 05 22 32 45 71

T. 229,80

مصحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR
46, Lot El Amal - Berrechid

مجموعة : 428
Fab / صنع : 04 2019
EXP. / صالح لغاية : 04 2022
BIOCODEX MAROC
PPV 37.00 DH

SMECTA 3G
SACHETS 630
(01 : 19E010
P.P.V : 52DH40
PER.06 2022



6 118000 011460
ou a VO

MOTILIUM 1MG/ML O
SUSP BUV FL 200 ML
(01 : 19E004
P.P.V : 40DH80
PER.11 2022



27,50

PPV
LOT
PER

= 2350

CLINIQUE IBN ZOHR



مَكَنْ إِبْنْ زُهْرَ

REÇU DE VERSEMENT

DATE : 19/02/2022

Nom et prénom : Hanan Rafik

Prestations : Cs + tt

Honoraires : 300 DH + 100 DH

N° de téléphone : 06 61 88 26 49

Nom assurance ou mutuelle :

Médecin : Dr chahada

CIN : WA 43813

Signé :

46, LALEL AMAL - Bérechid
Clinique IBN ZOHR
[Handwritten signature]