

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.

Prothèse 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 068023

NID: 44519

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1252 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Sayanti Dura

Date de naissance : 1348

Adresse : 187 rue 29 - oulfa

Tél. 0675777335 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 : 20 JUL 2020

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) :

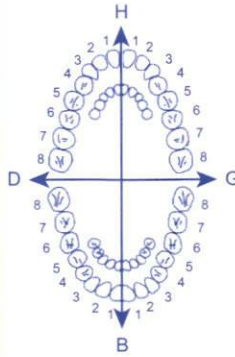
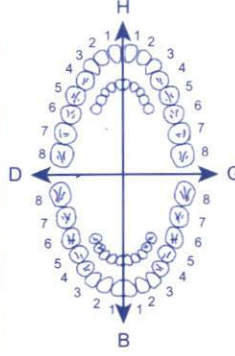
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

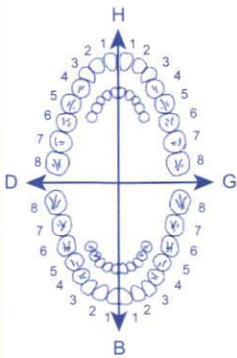
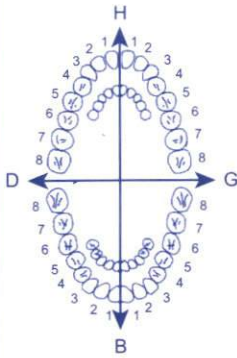
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>				
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412</p> <p>00000000</p> <p>D</p> <p>00000000</p> <p>35533411</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>21433552</p> <p>00000000</p> <p>G</p> <p>00000000</p> <p>11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
					Coefficient des Travaux
					Montants des Soins
					Date du Devis
					Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

PHARMACIE BOUKHARI
BELKZIZ BAHIA
BD OUED DRAA RUE 33 N° 43 ELOULFA CASA

Tél : 022905223

Patente N°: 35017137
N° R.C. : 214040
Compte :
CNSS : 2046854
Id.Fiscale : 51485100
ICE : 001084095000058

Le : 19/09/2020

SAYOUTI DRISS

FACTURE : 15926 du : 19/09/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	DOLIPRANE 1G CPS/27	14,00	42,00	7,00%
1	INDOPHARM 100 MG X 10 SUPP	21,20	21,20	7,00%
1	RHINO-FEBRAL GELULES	14,30	14,30	7,00%
Total TTC			77,50	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **SOIXANTE DIX SEPT DIRHAMS ET CINQUANTE CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	72,43	5,07	77,50
		72,43	5,07	77,50



100 ملغ

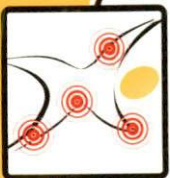
أندوفار ه[®]

أندوميكاسين

- مضاد للالتهاب
- مضاد للألام
- مضاد للحمى



للحديث
15 + سنة



10 حمولات

عن طريق المخرج



21,20

رينو فيبرال

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س

كبسولة



RHINOFEBRAL®
20 GELULES



Paracétamol 240 mg, Maléate de
Chlorphénamine 3,20 mg
Acide ascorbique 100mg/gélule



6 118000 080497

الزكام مع ألم الرأس و/أو حمى

علبة من فئة 20 كبسولة

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

14,30

756.836.12.17

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



ADULTE
10 Comprimés

COMPRIMÉ

b bottu s.a
02, Allée des Cassanins - Ain Seïda - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00

PER: 10/21

LOT: H2330



Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



ADULTE
10 Comprimés

COMPRIMÉ

b bottu s.a
02, Allée des Cassanins - Ain Seïda - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00

PER: 10/21

LOT: H2330



Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



ADULTE
10 Comprimés

COMPRIMÉ

b bottu s.a
02, Allée des Cassanins - Ain Seïda - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00

PER: 10/21

LOT: H2330

