

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Education :

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 068023

ND: 44519

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1952

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Sayanti Driss

Date de naissance : 1948

Adresse : 187 Rue 29 - Sult

Tél. 0695777335

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

20 JUJ. 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) :

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



Date : 19.9.20 Montant de la Facture : 775

ANALYSES - RADIographies

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
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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



ملي 100

أدوية فارما

أندوبيتاسيين

- مضاد للإلتهاب
- مضاد للألام
- مضاد للحمى

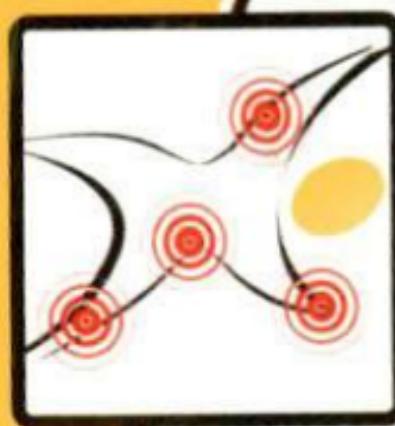


10 جمادات

عن طريق المخرج



LABORATOIRES
PHARMA5
5 خبراء خارجيا



21,20

رينوفينوفير

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س

كبسولة

RHINOFEBRAL®



20 GELLULES

Paracétamol 240 mg. Maléate de

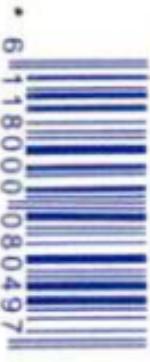
chlorphénamine 3,20 mg

Acide ascorbique 100mg/gélule



علبة من فنتة 20 كبسولة

الزكام مع ألام الرأس و / أو حمى



* 6 118000 080497

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

14,30

756.836.12.17

Doliprane®

1000 mg
PARACÉTAMOL



ADULTE

10 Comprimés

COMPRIMÉ

bottu 83
B2, Allée des Camélias - Ann-Sabine - Cambodge
S. Hachimoku - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00

PER: 10/21

LOT: H2330



Doliprane®

1000 mg
PARACÉTAMOL



ADULTE

10 Comprimés

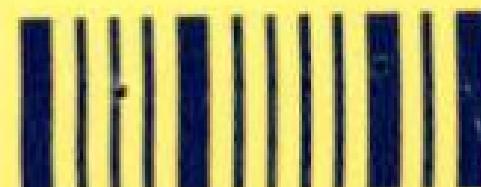
COMPRIMÉ

bottu 83
B2, Allée des Camélias - Ann-Sabine - Cambodge
S. Hachimoku - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00

PER: 10/21

LOT: H2330



Doliprane®

1000 mg
PARACÉTAMOL



ADULTE

10 Comprimés

COMPRIMÉ

bottu 83
B2, Allée des Camélias - Ann-Sabine - Cambodge
S. Hachimoku - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00

PER: 10/21

LOT: H2330

