

# 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **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 canalaire.

## **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.



Ugola

**Déclaration de Maladie : N° P19-0001288**



**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 5467 Société : \_\_\_\_\_  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_  
Nom & Prénom : HA.J.JI. A.M.PA Date de naissance : 9/01/55  
Adresse : Av. El Qods Rm 80. Bldn n° 7 An Chak  
Tél. : 06 61 14 24 46 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 9 / 11 / 20

Nom et prénom du malade : HA.J.JI. A.M.PA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : TCT PCR

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 : casab \_\_\_\_\_

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**

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE JOEL RACHA 50 Bd. Ann. Faculté de médecine Tél. 0522 47 49 49 - 0522 47 32 52	09/11/20	5:04 PVT	€ 21,00 HT

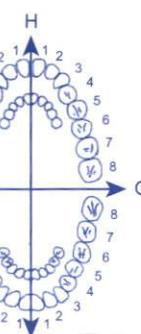
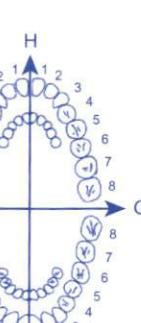
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

UNIFORMISATION DES VISAS ET CACHETS DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## FACTURE N° : 201109424

Casablanca le 09-11-2020

NPE :



**Mme Asmaa HAJJI**

Date de l'examen : 09-11-2020

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
			E25
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25	E
	PCR COVID	E700	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 725.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent vingt-cinq dirham

LABORATOIRE TOUZANI RACINE  
 50 Bd. Aïn Taoujتate - Casablanca  
 Tél. 0522 47 49 49 - 0522 47 52 52

**La Qualité est notre souci permanent**

50, Boulevard Aïn Taoujتate, Racine (prolongement clinique Badr) - Casablanca - Maroc  
 Tél : 05 22 47 49 49 / 47 52 52 - Fax : 05 22 48 66 00 - E-mail : laboratoirelr@gmail.com  
 INPE : 093061422 Patente : 35652203 IF : 18744872 ICE : 0015478340 0059 CNSS : 5413323

**Laboratoire Touzani Racine d'Analyses Médicales**

**50, boulevard Ain Taoujtate Quartier Racine 20000 CASABLANCA**

**Tél : 05 22 47 52 52 – Fax : 05 22 48 66 00 - Mail : laboratoireltr@gmail.com / covid@laboratoire-touzani.ma**

*Reçu*

**Mme Asmaa HAJJI**

Né(e) le : **09-01-1955**

N° Patient : **201109424**

Accueil par : MED/ 09-11-2020 18:32

Analyses : COVPCR

**RETRAIT LE : 11-11-2020 à 17h00**

*Prescripteur :*

**N° Dossier : 201109424**



Montant total : 600 DH

Payé : 0 DH

Reste : 600 DH