

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **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.

56187

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0016670**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

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

Matricule : 61146 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FAIKI LATIFA Date de naissance :

Adresse : 21 ALLAN MOUINE CASA

Tél. : 06681187546 Total des frais engagés : 673.45 Dhs

#### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/12/2020

Nom et prénom du malade : FAIKI LATIFA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : gastro-entérite

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 : 11/11/2019 Le : 18/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie JERRADA</b> 61, Bd Ahmed Ben Ali - Beldjedid - 03151 Tunisie R.C: 247 67 - Inscritant T.P. 37 03 Régistre Fiscaux 14 38 03 Identifiant Fiscaux 032 50 000 18	18/12/2020	273,15

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DE TRAVAIL

## MONTANTS DEPENSÉS

DATE DU  
DEVIS



CAP

# DOCTEUR NAJWA FILALI BABA

Spécialiste Des Maladies De L'appareil Digestif  
Proctologie Médico-chirurgicale  
Hépatologie  
Echographie-Endoscopie interventionnelle

18/12/2020

## ORDONNANCE

Pharmacie JERRADA  
61, Bd Abderrahim Beaufid - Casablanca  
R.C: 247187 - Identifiant T.P: 37 93 76 75  
Identifiant Fiscal: 46 44 30 62  
Tél: 0528 00 05 19

Mme Faike Latifa



52.80	(2)	Oedes 20 mg	1 à jeun et 1 1/2h après repas du diner 14 Jours	
79.00	(2)	Maxiflore cp	1/j après repas midi	01 Mois
40.40	(2)	Météospasmyl	2 deux/j avant repas	15 Jours
29.00	(2)	Librax cp	1 matin et 1 au couché 1 au couché	05 Jours
79.95	(2)	Oxanthin	1 deux/j après repas	01 Mois
		D cure forté	1 amp/ 15 jours	15 Jours
				02 Mois



Pharmacie JERRADA  
61, Bd Abderrahim Beaufid - Casablanca  
R.C: 247187 - Identifiant T.P: 37 93 76 75  
Identifiant Fiscal: 46 44 30 62

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvéoline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V.: 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

Dr. Najwa FILALI BABA,  
Gastro-entérologie  
68 Bd Oum Rabia Colza  
1er Etage N°5 Casablanca  
Tél: 05 22 89 21 16 - 066115 66 81 - E-mail : filali\_najwa@yahoo.fr

LOT 191740  
EXP 07/2022  
PPV 52.80 DH