

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.

Rééducation :

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- 062256

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3106 Société : 58684

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Moutel Zohra we RIAN

Date de naissance :

Adresse : El Inana 1 Rue 11 n° 25

Tél. : 0612 769582 Total des frais engagés : 979,60 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 :

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 : 02/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE LAHRICH
550, Bd. AL MOUS INARA
AIN CHOUEK CASABLANCA
Tel. : 05 22 42 40 29

092040427

25/01/21 979,60

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

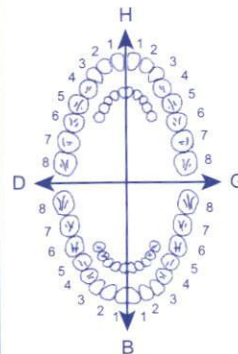
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

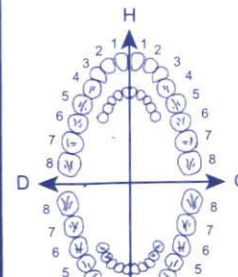
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS





PHARMACIE LAHRICHI LUMIÈRES

SARLAU

Casa, le 25.01.2021

FACTURE N° 1257

M^{re} Moutal Zohra Veuve Ryad

Qte	Désignation	PU	Total
3	Xalacom Collyre (S)	107,60	322,80
4	Cosopt Collyre (S)	164,20	656,80
			<u>979,60</u>
	Arrêt à la source de Neuf Ceek soixante six Neuf DH Carte		

LOT T009742 1
EXP 12 2021
PPV 164.20 DH

LOT T009742 1
EXP 12 2021
PPV 164.20 DH

LOT T022255 1
EXP 05 2022
PPV 164.20 DH

LOT T020107 1
EXP 02 2022
PPV 164.20 DH

PHARMACIE LAHRICHI LUMIÈRES
550 Bd. Qods Inara - Aïn Chock
Tél: 05 22 52 40 29

XALACOM COLLYRE 2.5 ML
P.P.V : 107DH60

Collyre en solution
1 flacon de 2,5 ml
محلول قطرات للعين
قنبنة سعة 2.5 مل

Latanoprost/Timolol

XALACOM COLLYRE 2.5 ML
P.P.V : 107DH60

Xalacom
50 microgrammes/ml
+5mg/ml
Latanoprost/Timolol

XALACOM COLLYRE 2.5 ML
P.P.V : 107DH60

Collyre en solution
1 flacon de 2,5 ml
محلول قطرات للعين
قنبنة سعة 2.5 مل

550, Bd. Qods Inara - Aïn Chock - Tél.: 05 22 52 40 29 - Casablanca

Aut. S.G.G:15104 - C.N.S.S.: 2012003 - R.C: 461809 - T.P: 34082855 - I.F:45661742 - ICE:00245049000019 - IN