

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER 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 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 : 58-84

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Moutal Zelma we RIAN

Date de naissance :

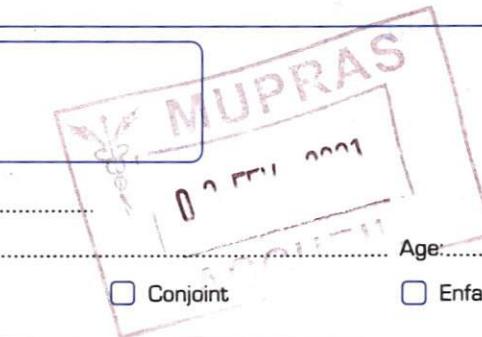
Adresse : EP Imara 1 Rue M n° 25

Tél. : 0612.769582

Total des frais engagés : 979,62 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 : .....

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/02/2021

## **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**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE CARAU LAHRICHE INARA 550, BD. AL HODS AIN CHOUF LA SABLANCE TEL.: 05 29 52 40 29 00040427</p>	25/01/21	979,60

## **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
		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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11432553

## [Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	



**PHARMACIE LAHRICHI LUMIÈRES**

SARLAU

Casa, le 25.01.2021

**FACTURE N° 1257**

M Moutal Fohs' Veuve Lyad

Qte	Désignation	PU	Total
3	Xalacom Collyre	107.60	322.80
4	Cosopt Collyre	164.20	656.80
			<u>979.60</u>
	Arrêt à la source de Neef six gouttes dix Neef DR Cet sexe		
LOT T009742 1	<del>PHARMACE ALMERÈS LAURENTIUS SARAH SSN 89291 K0051181 AIN CLOUZET 03 23 24 02</del>		
EXP 12 2021			
PPV 164.20 DH			
LOT T009742 1	<del>PHARMACE ALMERÈS LAURENTIUS SARAH SSN 89291 K0051181 AIN CLOUZET 03 23 24 02</del>		
EXP 12 2021			
PPV 164.20 DH			
LOT T022255 1	<del>PHARMACE ALMERÈS LAURENTIUS SARAH SSN 89291 K0051181 AIN CLOUZET 03 23 24 02</del>		
EXP 05 2022			
PPV 164.20 DH			
LOT T020707 1	<del>PHARMACE ALMERÈS LAURENTIUS SARAH SSN 89291 K0051181 AIN CLOUZET 03 23 24 02</del>		
EXP 02 2022			
PPV 164.20 DH			
	XALACOM COLLYRE 2.5 ML P.P.V : 107DH60		
	Collyre en solution 1 flacon de 2,5 ml		
	محلول قطرات للعين فلبة سعة 2.5 مل قيمة سعة 2.5 ml		
	Latanoprost/Timolol		
	XALACOM COLLYRE 2.5 ML P.P.V : 107DH60		
	Xalacor 50 microgrammes/ml +5mg/ml Latanoprost/Timolol		
	XALACOM COLLYRE 2.5 ML P.P.V : 107DH60		

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

Auf. S.G.G.:15104 - C.N.S.S.: 2012003 - R.C: 461809 - T.P: 34082855 - I.F:45661742 - ICE:002454049000019 - IN

Collyre en solution  
1 flacon de 2,5 ml

محلول قطرات للعين