

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

rmacie :

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.

60937

Déclaration de Maladie : № P19- 0006858

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5280 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RASSY NAIMA VUELEMUH Date de naissance :

Adresse : 121 hay Adarzina Sidi Maârouf PASARBLANCA

Tél. : 06.50.72.73.2 Total des frais engagés : 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 : 23/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : 25P

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
PHARMACIE ISN TAIMIA FOULOUS Doctor en Pharmacie 219 Lot Al Adarissa Sidi Mârouf 61 0522 33 52 85 Casablanca	12/10/2020	427,50

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

... des snins

LOT : 3079
U.T. AV : 07-22
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 3113
PER : 08-23
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 3111
PER : 08 - 23
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 7918
UT. AV : 09 - 21
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 7918
UT. AV : 09 - 21
P.P.V : 17 DH 56

LOT : 7000
UT AV : 07 - 21
RRV : 17 DH 50

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS



PHARMACIE IBN TAIMIA

LOT ALADARISSA N°119 SIDI MAAROUFCASA

PHD MICROBIOLOGIE

DEUSt Dermopharmacie et Cosmetologie
DEUS Pharmacie Clinique

R.C :337980

Patente:36102085

T.V.A :77300610

C.N.S.S:2300771

Banque:013780010710002170014148

Tél :0522335225

Le 01/12/2020

FACTURE N°262103

N° ICE : 001683360000085

N° IF : 77300610

BASSY NAIMA EP LEMLIH

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
25	METFORMINE WIN 850 MG /30CP	17,10	427,50		



TOTAL T.T.C :

427,50

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	---------	----------------	---------

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre Cent Vingt Sept dirhams et 50 centimes.*