

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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.

61616

Déclaration de Maladie : Nº P19-0019827

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MARINSSI Ahmed Société : R A M .

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : 00447

Date de naissance : 07/01/1943

Adresse : Resid A/ Niam Imm 12 N°7 oufia Casab

Tél. : 06 61 20 33 36 Total des frais engagés : 514,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/02/2021

Nom et prénom du malade : Ame Marinssi Aicha Age : 67

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite aigüe - Rhume

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

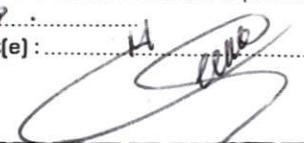
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 02/02/2021

Le : 08/02/2021

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
28/02/2024			150 DH	 Dr. Loulou AIT OUAFI OMNIPRACTICIENNE N° 232, APP 2, Rue 21, Lots El Béchar, Béchar Téléphone : 022 70 55 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL KAWTIAR Rés. ATLANTIC DU MANSOURIA Tel 05 23 33 99 03	08/02/2024	364,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



ORDONNANCE

Casablanca, Le 8/12/2024 الدار البيضاء، في

Hme Marnissi Aicha

79,70

(1) - Azix 500 mg
acp 1/j

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3103

58,40

(2) - Solupred 20

Dr. Loubna AIT OUFQIR
N° 295, App 2, Rue 21, lots El Baraka
Casablanca - My Rachid - 295 Znقة 21
البركة - مولاي رشيد - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 70 55 74

58,40

Solupred 20mg

24,40

(3) - Coqueline sedal 500
1suptot x 2/j

24,40

LOT : 200446
DUO : 12/2023
69,00 DH

69,00

(4) - Docivox
10ds x 3/j

05 22 70 55 74 رقم 295 الشقة 2 زنقة 21 حي البركة - مولاي رشيد - الدار البيضاء - الهاتف :

N° 295, App 2, Rue 21, lots El Baraka - My Rachid - Casablanca - Tél : 05 22 70 55 74

119,00
6 - ~~Phusomer~~
14,40 1app x 4/5
6 - ~~Doliprane 100 mg~~ 1 suppot x 2/5
~~Dr. Louhna MTOUFI OMNIPRATRENN~~
= 364,90



PHARMACIE AL KAWTAR
Res. ATLAS RIG MANSOURIA
Tel: 05 23 33 09 03