

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVÉR 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- 067604

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09830

Société : 641 (6181)

Actif

Pensionné(e)

Autre : 2 trimestre

Nom & Prénom : YOUSSEF BEN HASSAN

Date de naissance : 01/07/1952

Adresse : 10 moulouy EL FATEM El Rayhan 11, 3rd fl. 2nd

12AY EL PODS CASA

Tél. : 0696589100

Total des frais engagés : 000

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/03/2021

Nom et prénom du malade : Khaireddine Sassi Age : 69

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Syndrome arachnoidome

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 : DASSAULT Le : 07/03/2021

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
10/08/2020	14/11/2020	3	150dh	

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/07/22	117,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

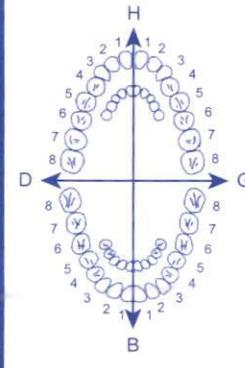
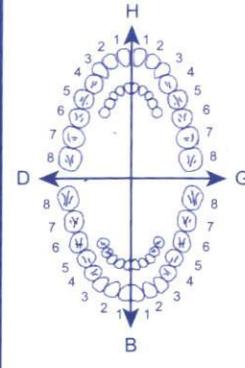
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et, si nécessaire, la nature des soins.

### Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D —————— ————— G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D —————— ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D —————— ————— G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

GATA Le 14/01/2021

M<sup>me</sup> Kharbouch

22,80

22,80

Senz



Cert au nom

R

Mr Ali

Mr Ali

52,80



Reeb L-

LOT 200711  
EXP 01/2023  
PPV 52.80DH

49,80



Clinic  
Abhi

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 20 30 86 22 إلى 05 - فاكس : 05 22 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1156276	N° SEJOUR : 210003319	FACTURE N° 2102000766		DATE D'ENTREE : 14/01/2021				DATE DE SORTIE : 14/01/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE : KHARBOUCH,Samira							
MALADE : KHARBOUCH,Samira		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI									
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :									
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :									
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : 26032015 BENMANSOUR YOUSSEF NEUROLOGUE	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR :	
	RESTE DU	150.00							
DATE FACTURE : 14/01/2021	EDITEE LE : 14/01/2021	PAR: ZBIRY	ACCIDENT DE TRAVAIL						
VISA	N° DE POLICE		DATE AT :						
	Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef							
	BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
	N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31							