

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

Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

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- 0046253

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 52407

Société : 62342

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KAROUANE

DRiss

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.64.72.81.27

Total des frais engagés : 65 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : 05/03/2021

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
<i>Pharmacie MEBTASSI Feuilles et Max Guégan 74194 - Casablanca</i>	<i>25/01/2021</i>	<i>68,00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

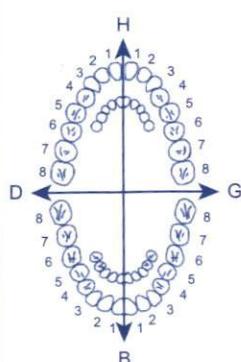
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE ANAFE
MESTASSI FARAH
37 RUE FELIX ET MAX GUEDJ CASA

Tél : 022274194

Patente N°: 35504923
N° R.C. : 214186
Compte : 0429C000000358
CNSS : 2038512
Id.Fiscale : 40402150
ICE : 001679738000006

Le : 25/01/2021

MR KAROUACHE DRISS

FACTURE : 225 du : 25/01/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	AUREOMYCINE 3% PDE PROM	9,00	9,00	7,00%
1	DOLIPRANE 20 COMPRIMES	10,30	10,30	7,00%
1	PANSORAL PREMIERE DENT	23,00	23,00	7,00%
1	RENNIE BT/72 CPS	25,70	25,70	7,00%
Total TTC			68,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **SOIXANTE HUIT DIRHAMS**

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	63,55	4,45	68,00
		63,55	4,45	68,00

Auréomycine® 3%
Pommade dermatique tube de 15g
9,00
Maphar Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
PANSORAL GEL BUCCAL
T15 G P.P.V : 23,00 DH
Barcode: 6 118000 012078

صيدلية انفي
Pharmacie ANAFE
Mme. MESTASSI Farah
Pharmaciene
37, Rue Felix et Max Guedj
Tél.: 05 22 74 194 - Casablanca

