

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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- 061621

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 667

Société : C2203

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SARDAOUI FATHIA Veuve Roudane.

Date de naissance : 11/11/1931

Adresse : Rue 210 9/119 Bizi Hassani, 9000 Idaouia Casablanca

Tél. : 0666 1332 29

Total des frais engagés : 323,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/03/2021

Nom et prénom du malade : SarDAOUI FATHIA Age : 1931

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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 : Casa

Le : 01/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

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
03/02/21	US		250,00	Sofia BOUCHER Signature Attestation de paiement 03/02/21
09/2/21	Q8		6	Sofia BOUCHER Signature Attestation de paiement 09/02/21

EXECUTION DES ORDONNANCES

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 en indiquant la nature des soins.

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, oriented vertically. The teeth are represented by circles with numbers indicating their position and type. The numbers are arranged as follows: 1 (central incisor), 2 (lateral incisor), 3 (canine), 4 (first molar), 5 (second molar), 6 (third molar), 7 (first premolar), 8 (second premolar). The arch is shown with a horizontal axis (D) pointing to the left and a vertical axis (H) pointing upwards.

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS



Casablanca, Le:

٩/٢/٢١

Mme Sandrine Fatma

19,70

1) Anaspide
1 - 1 - 1

29,5

2) Zyndol 500
1 - 1 - 1

25,10
3)

Fenwafer
1 - 1 - 1

738,0

PHARMACIE CHIRURGICALE
Dr. R. BOUGRINE
147, Bld.
Hay El Hanaa
Casablanca
Tél: 05 22 39 33 88 - Fax: 05 22 39 26 43 - E-mail: cdhcасабланка@gmail.com
Dr. Sofia BOUGRINE
Centre de Néphrologie
Tél: 05 22 39 33 88

PPV: 19DH70
PER: 09/23
LOT: J2442

APAZIDE 200 mg 
Nifuroxazide

16 gélules



6 118000 040064

ZYRDOL®
Comprimés 500 mg
20 pelliculés



6 118000 032977

PPV 29DH00 EXP 06/2023
LOT 04064 3

PPV 25.10 DH
LOT T872 PER 09/24

FUMAFER® 66 mg

100 comprimés



6 118000 180371