

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

itions 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.

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.

tique :

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.

entaire :

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° M20- 0009315

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4615

Société : 66313

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KINANI OUAFAA

Date de naissance : 02/02/61

Adresse :

Tél. : 0661334933

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/01/2021

Nom et prénom du malade : Kinani Ouafaa

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cholestérol JCV

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
14/12	G		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE MATIGNON
1 AVENUE MATIGNON
75008 PARIS
Tél. 01 43 59 86 55 - Fax : 01 42 25 98 55
RCS Paris : 822400255

18/01/2021 37,89 € (6 cortaneye 20mg + 6 cortaneye 5mg)

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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

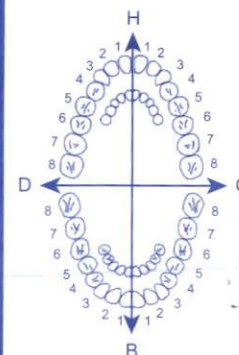
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

1 Avenue Matignon
75008 PARIS
Tel: 0143598655
N° SIRET: 82240025500011
Code NAF: 4773Z - FR54822400255
FRANCE

FACTURE

N°6970/350404

Du 19/12/2020

Date de l'échéance 20/12/2020

KINANI Ouafaa
res al mansour immeuble E
quartier berger rue al kadi bakkar
20380 CASABLANCA

Prescripteur : MEDECIN MEDECIN

N° AM : 750021932

Opérateur: - A

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
CORTANCYL 20MG CPR SEC 20 3400933283858 N° Ordonnancier : 155188	PH7	0	6	2,302	2,10%	13,81
Honor. dispens. HD7	HD7	0	6	0,999	2,10%	5,99
CORTANCYL 5MG CPR SEC 30 3400930259054 N° Ordonnancier : 155189	PH7	0	6	1,802	2,10%	10,81
Honor. dispens. HD7	HD7	0	6	0,999	2,10%	5,99
SPASFONLYOC 80MG CPR BT 10 3400931863014	PH2	0	4	1,401	2,10%	5,60
Honor. dispens. HD2	HD2	0	4	0,999	2,10%	4,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
46,71	2,1% (4)	0,98	47,69
Total HT		Total TVA	Total TTC
46,71		0,98	47,69

Part AMO 0,00

Part AMC 0,00

Part Client 47,69

Mode(s) de règlement

Règlements multiples
(CB)

47,69

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

الدكتور رشيد العراقي
DOCTEUR RACHID LARAKI

ANCIEN RÉSIDENT DU COLLÈGE DE MÉDECINE
DES HÔPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE À LA FACULTÉ DE
PARIS VI (PITIÉ SALPÊTRIÈRE)

MÉDECINE INTERNE

Cortancyl 20 et 5

30 mg li 1 semaine

20 mg li 1 semaine

15 mg li 2 semaines

10 mg li 4 semaines

Imurel 50 1 cp 2 fois/j

Decu Fate 1A / mois

14/12/21

Dr Wafer Kh

8 semaines
↓
cr'

الدكتور رشيد العراقي
Dr RACHID LARAKI
400, B. Bd Brahimi Roudani, Mâarif - 20330 Casablanca
Tél. : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07
r.larak@inter.net.ma