

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

## **Informations 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.

## **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**

Nº 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 : cholangite FIC 4

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) : bij

## **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
28/11/14	G		Gratuit	Dr Rachid LAP الدكتور رشيد لاب 400, Bd Hassan II Tunis - 95 -

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
L'APL PHARMACIE MATIGNON 1 AVENUE MATIGNON 75008 PARIS Tél 01 43 59 86 55 - Fax : 01 42 25 98 BCS Paris : 822400255	18/01/2021	37,89 € (6 cortanetyl 80 mg + 6 cortanetyl 50mg)

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

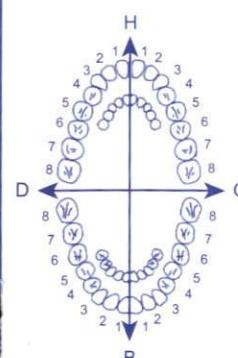
## Important

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]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET 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 : 750021032

Opérateur: - A

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
CORTANCYL 20MG CPR SEC 20 3400933283858	PH7	0	6	2,302	2,10%	13,81
N° Ordonnancier : 155188						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	6	0,999	2,10%	5,99
CORTANCYL 5MG CPR SEC 30 3400930259054	PH7	0	6	1,802	2,10%	10,81
N° Ordonnancier : 155189						
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
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
<b>46,71</b>		<b>0,98</b>	<b>47,69</b>

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 ( PITIÈ SALPÉTRIÈRE )

MÉDECINE INTERNE

Corvanceyl 20 et 5

30 µg/i 12 sem

20 µg/i 12 sem

15 µg/i 2 renew

10 µg/i 4 renew

8 sem

↓

Imurel 50 1 q 2 fois/j

cu

Dene fate 1A / mois

Dr. Rachid Laraki  
400, Bd Brahim Roudani  
Casablanca - Maroc