

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

ééducation :

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 P19- 052214

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5622 Société : 75500

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661321737 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/03/2014

Nom et prénom du malade : El SAFI Touria Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gonalgies droites

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) :

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
23-3-2021 CS	CS	300,00		Dr. EL FATIMI Professeur de Médecins Médecin de Famille et Radiologue à la Faculté de Médecine de Tunisie INPE: 091037077

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'ORTIE	23/03/2021	180,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS

Dr. EL FATIMI Abdellatif
Professeur de Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Path-appli Locomoteur Podologique

213, Bd Youssef El Moutouf - Casablanca
Mme LAHMASSI TABBARA Latifa
213, Bd Youssef El Moutouf - Casablanca
213, Bd Youssef El Moutouf - Casablanca
213, Bd Youssef El Moutouf - Casablanca
213, Bd Youssef El Moutouf - Casablanca

Le: 23-3-2021
Dr. EL FATIMI Abdellatif
Professeur de Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Path-appli Locomoteur Podologique

ORDONNANCE

- EL SAFI Touna

1^o Chondrosulf 600 mg:

1x 8 (jx 3 mois)

47,80

2^o Dazea :

S.V

1x 3 (jx 15 j)

3^o Nociceptol :

1 appx 2 (j)

34,00

4^o Myosalgic cp effi:
180,80 5^o oedés sol (jx 10j) 1 (jx 1 mois)

Dr. EL FATIMI Abdellatif
Professeur de Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Path-appli Locomoteur Podologique

ZENITH Pharma

AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 118001 271214

PPV : 283,00 DH

Médicament autorisé n° 3400933591731

Médicament

X 84

1 gélule/repas

Titulaire / Exploitant :

Laboratoires Genevrier

280, rue de Goa – Z.I. Les 3 Moulins

Parc d'activités de Sophia Antipolis

06901 Sophia Antipolis Cedex – France

Fabricant :

IBSA Farmaceutici Italia S.r.l.

Via Martiri di Cefalonia, 2

26900 LODI - Italie

400 mg

Chondrosulf®

CHONDROITINE SULFATE (ACS₄ - ACS₆)

Traitement symptomatique à effet différé de

l'arthrose

de la hanche et du genou



Laboratoires
Genevrier