

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

Conditions 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.

Diagnostique 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.

Rééducation :

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° M20- 0001445

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1777 Société : 28129

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OMA RI NAÏMA

Date de naissance : 23/03/1958

Adresse : Habituelle

Tél. : 06.61.15.58.74 Total des frais engagés : 40,00 A.T.I. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/07/2021

Nom et prénom du malade : Oum Ma Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : RACHIS

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : Casablanca Le : 14/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI
HÔPITAL AL HASSANI

Quittance

Reçu de M. *Abou Mouna*

La somme de *2000*

N° 466071

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>1</i>	<i>1</i>	<i>10,00</i>
<i>2</i>		
<i>3</i>		
Total		<i>20,00</i>

Cachet du
Service

Le, *09/07/21*

Signature du
Régisseur