

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

litions 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.

iologie 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.

cique :

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.

ntaire :

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° M21- 0056491

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9745 Société : 80590

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RAMI ABDELKADER

Date de naissance : Même

Adresse : Même

Tél. : 06 63 75 69 56 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation 27/07/2021

Nom et prénom du malade : Fatima Jamaleddya Age :
(Handwritten signature over the name)

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : arthrathes

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 : 10/08/2021

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
Le 10/07/2021	C	1	300 SM	Dr. M. Spécialiste en Médecine Rhumatologie Maladies de Système

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Lot. Maj. Rissi Rue 6 N° 3 LOLOA Casablanca - Tel: 0522 93 10 28	87/07 2021	 8833,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

**DATE DU
DEVIS**

ORDONNANCE

, Le : 27/07/2021

Fathia Jamel el Iym.

- 1) 500 mg 20 15 1S
- 52,80 D.M.J.O.U.M.
Specialiste en Médecine Intégrative
Rhumatologie et Système
- 2) 80/80 → 15 1S
Diacetyldi → 30 1S
- 188,00 X2
- 3) 1000 mg → 300 1S
Ciloxan
- 150,00 200 1S
- 4) 750 mg 1S
Atorvastatin
- 255,00 750 mg 1S
Pharmacie HADJICHA
Tunisie - 6 N° 3 Lot 64
Tél: 0522 93 10 29
- 5) 750 mg 1S
Ranolazine

CELEBREX 200 mg
Boîte de 20 gélules
Lot : 1274674
Date Fab. 05 / 2019 Date Exp. 04 / 2022
PPV : 150,00 DH

833,80

LOT 201565
EXP 05/2023
PPV 52.80DH

ng D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

6 118001 072644

STEPHARMACIE HAMZA
NCA
...3 LOT SA

Prix
Cahier

Lot.: 21A315
Exp.: 01.2024
PPV: 255DH00

ng D'INSAPONIFIABLES

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

6 118001 072644