

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.

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 :

La facture du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.

Sur le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

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° P19- 048006

82265

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1146 Société : Rame Retraité

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Ouhmi Moha

Date de naissance : 1948

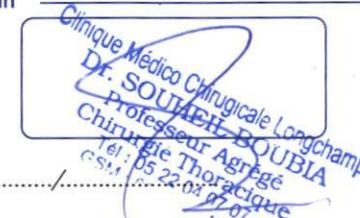
Adresse : 46 Rue Sallame El Houda

A. Berchide

Tél. : 06.11.89.27.51 Total des frais engagés : 14.61,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

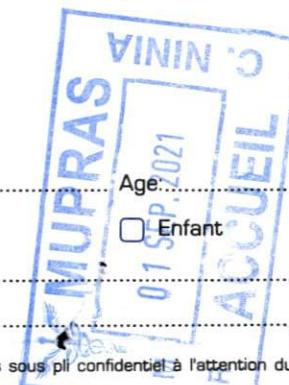
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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.

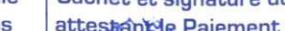
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/08/21 | Acte de Chirurgie | | Chirurgie |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  Hicham ABOUJA Directeur Pharmacie 25 hev Raja Hay Raja Tel 0522 86 05 25 Casablanca | 17/08/2021 | 1401,30 |

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 | | | | 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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | | H | |
|---|--|-----------|-----------|
| | | 214333552 | |
| D | | 00000000 | |
| | | 00000000 | |
| | | 35533411 | 114333553 |
| | | | B |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DATE D'
DEVIS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire

LOT 211557
EXP 05/2023
PPV 347,000H

347 DH

124 DB

10 of 10

132 00DH

| <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding-bottom: 5px;">H</th> <th style="text-align: center; padding-bottom: 5px;">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding-top: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding-top: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-top: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding-top: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-top: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding-top: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-top: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding-top: 5px;">11433553</td> </tr> </tbody> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <p>COEF DES</p> <p>132 00DH</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> |
|--------------------------------------|---|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|--|----------|----------|----------|----------|---|
| H | G | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Casablanca, le 17.8.2011



M²
 PHARMACIE HAY RAIA
 Hicham ABOUJELIL
 Doctor en Pharmacie
 23 Bd des Elephants, Hay Raia, Casablanca
 Tel: 05 22 66 22 26

12h.00
 1 - Soclan 1g
 1 Sal X

LOT: 211557
 EXP: 06/2023
 PPV: 347,00 DH

347DH

22.20

2 - Cetekyn 1's

PPV: 22DH20
 PER: 05/23
 LOT: K1288



82.10

3 - Proxim 20

LOT: 211557
 EXP: 06/2023
 PPV: 347,00 DH

347DH

347,00 DH
1041,00

132,04 *
1173,00

1401,30

Novep 0,1%

* 201A