

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

Réclamations 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 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.

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

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- 063070

Optique 82562 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8063

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661976343

Total des frais engagés : 57470 Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور بلاغي دشيد
BELGHMI Rachid
Médecin Général

03 SEP. 2021

ACCUEIL

I. BOUZAACHANE

Date de consultation : 01/08/2021

Nom et prénom du malade : CHARIT BOUTAYNA Age: 17 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Asthme + Rhinite allergique

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 : 01/08/2021

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
11/07/21 12/07/21	C		150 DA	دكتور بلجمي رشيد Dr. BELGHMI Rachid Médecin Général

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/08/21	424,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	
	H
D	25533412 21433552
	00000000 00000000
D	00000000 00000000
35533411	11433553
	B

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Docteur Rachid BELGHMI
Spécialiste en Médecine du Sport
Médecine Générale

الدكتور رشيد بلغمي
تخصص في الطب الرياضي
الطب العام

لـ ١١ / ٠٨ / ٢٠٢١

وصفة طبية
ORDONNANCE

CHARIT BOUTAYNA

79,70 AZIX 500

(60,00x2) 185 g ٦٠٣ جم
Tegaderm 40g

56,30 ١ كوكب D-CURE (BT04)

(56,20x2) ١ كوكب
Bansana pur ٥٠ جم

56,30 ١ كوكب mat. ١٤٧ جم
Benz Caff

424,70

دكتور بلغمي رشيد
Dr. BELGHMI Rachid
Médecin Général

1
PPV: 79DH70
PER: 05/23
LOT: J1502

2
FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

3
PPV: 56,30 DH
LOT: 21A11D
EXP: 01/2023

4
NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation
Flacon de 40 doses
P.P.V: 56,20 DH
Distribué par MSD Maroc

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation
Flacon de 40 doses
P.P.V: 56,20 DH
Distribué par MSD Maroc

5
LOT: 2023
PER: 05/23
PPV: 59,30