

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **Entretien :**

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- 061859

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1A533

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

91926

Nom & Prénom : NASR Mouna

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0680673793

Total des frais engagés :

Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Hôpital Universitaire International Mohammed VI

Dr. TAHIRY Moncef  
Médecin Urgentiste

090063728

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 / 11 / 2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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) :

Le : ..... / ..... / .....

## 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
02/11/2021	Non facturé	W. 14697	331,16	 Dr. TAHRY Mohammed Médecin Urgentiste

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facturé

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r}  H \quad 25533412 \quad 21433552 \\  D \quad 00000000 \quad 00000000 \\  \hline  B \quad 00000000 \quad 00000000 \\  \quad 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

02/11/2021  
11:23

Nom Patient : TAFROUTE AYA

Numéro dossier : 2100189788

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
02/11/2021	PARACETAMOL NORMON 10 INJECTA (50)	0	1,00	15,02	15,02
02/11/2021	PARACETAMOL NORMON 10 INJECTA (50)	0	-1,00	15,02	-15,02
02/11/2021	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	0	-1,00	6,41	-6,41
02/11/2021	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	0	1,00	6,41	6,41
02/11/2021	MIDAZOLAM AGUETTANT 5 MG 5MG INJECTA (10)	0	1,00	7,87	7,87
02/11/2021	INTRANULE G 20	0	1,00	2,37	2,37
02/11/2021	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	2,00	1,17	2,34
02/11/2021	SPARADRAP TEGADERM IV 3M 8,5X10,5CM	0	1,00	8,71	8,71
02/11/2021	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP	0	1,00	0,44	0,44
02/11/2021	SERINGUE 10ML	0	1,00	0,84	0,84
02/11/2021	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	0	1,00	6,41	6,41
02/11/2021	BANDELETTE URINAIRE 10 PARAMETRES B/	0	1,00	2,18	2,18
Total pharmacie					31,16

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2100189788

F A C T U R E

N° 14 697 / 2021 du 02/11/2021

Nom patient : TAFROUTE AYA

Entrée 02/11/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/11/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation exclusive d'urgentiste	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
PHARMACIE	1,00		31,16 Sous-Total	31,16 31,16
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>331,16</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT TRENTÉ ET UN DIRHAMS SEIZE CENTIMES

**Total**

**331,16**

Encaissements					Total encaissé	Solde
						<b>331,16</b>

**CMI**

مصرف المقديس

02/11/21

11:19:32

9900240863

92408601

HM6 URGENCE

BOUSKOURA

Bouskoura

A0000000031010

APP : VISA

NASR MOUNA /

\*\*\*\*\*4546

02/22 CARTE NATIONALE

565C418DFFA80FBB

226-0-9999-1-44

**MONTANT:**

**331.16 MAD**

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION : 956660

STAN : 000926

**DEBIT**

Le CMI vous remercie

---

**TICKET A CONSERVER**

**COPIE CLIENT**