

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.

Médecine 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 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° P19- 055045

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 104144 Société : 9419A

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FARSANE Laïla

Date de naissance :

05-01-1976

Adresse :

LOT les Bases 1 Bmm G Appart 5 CIC

CASA

Tél. :

0660001952

Total des frais engagés : 624,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17/11/2021

Nom et prénom du malade :

Rifi Sofia

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tremble digestiv

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 : / /

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
17/05/2012 (09)			300 DH	
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.11.21	324.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

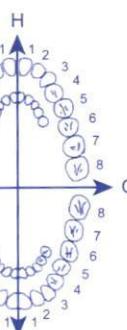
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 de

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
25533411	11433553

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

Hépato - Gastro
Entérologie - Proctologie
(Hémorroïdes - Fistule
- Fissure...)



اختصاصي في أمراض
الجهاز الهضمي
الكبد، جراحة البواسير
وأمراض المخرج

Importeur. Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 245,00 DH
CE N°: 34757/2019/DMP

33785/01

Casablanca, le :

17/01/2021

Rif. 10000 Rif. 10000
200 - Daffres S. V. ✓
✓ L. S. V.

27,00
LOT : 09/17 DMP/21/NR
PER : 05/2026
PPU : 27,00 DH

2700 - Al bin ✓
S. V. - ✓ - L. S. V.

AMM N° : 569/17 DMP/21/NR

LOT : 21050
PER : 04/2023
PPU : 52,80 DH

52,80 - pulau ✓ ✓ 1 \$)

S. V. ✓

390x. 80

Dr. Rachida BENSCRI
Hépato-Gas - Entérologie-Proctologie
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus Imm. L 30
2ème Etage Oulfa Casablanca
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

صيدلية كنزا
Pharmacie Kenza
Dr. BENJELLOUN Rajae
17 Rue Larache C.I.L.
Casablanca