

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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 canaux, 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 canaux.

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° W19-538286

ND: 31843

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9955 Société : Anadous Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Soufiane Kallouki

Date de naissance : 08/04/1972

Adresse : CGR, Ville Verte, G2C

Tél : 0662791058 Total des frais engagés : 878,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

الطبيب ن. كادري
Docteur N. KADRI
Professeur de Psychiatrie
Rés. le Yacht Corniche km. A - 1er Etage
Bd Sidi Mohamed Ben Abdallah
Quartier Hank - Cas.

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/07/2020

Nom et prénom du malade : Kallouki Tawad Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : anxiété

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 : Casablanca Le : 02/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
2/07/2020	Consult	1	500,00	INP : _____ Docteur N. KADRI Professeur de Psychiatrie Hôpital A - 1er Etage Mohamed Ben Abdelhak Directeur - Cae

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
	02/11/20 # 378,20#

[illegible]

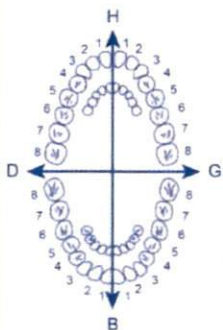
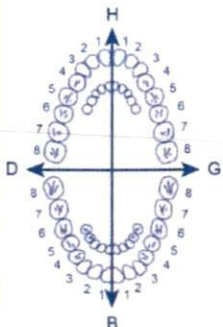
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D G <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur N. KADIRI

Professeur De Psychiatrie
Psychothérapeute
Sexologue

الدكتورة ن. القادري

أستاذة في الطب النفسي
معالجة نفسانية
اختصاصية في علم الجنس

ICE: 001716000000050

Casablanca, le :

2/07/2020

Khalbouki Imad

189,10 x 2.

Tuneluz

S.V.

1 fel mater

Total = 378,20



صيدلية المدينة الخضراء

PHARMACIE GREENTOWN

Dr. Marie AZENNAR

Centre commercial Casa Green Town

Ville Verte - Bouskoura - Tél: +212 520-5253 59

الدكتورة ن. القادري
Docteur N. KADIRI
Professeur de Psychiatrie
Rés. le Yacht Corniche Im. A - 1er Etage
Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah
Quartier Hank - Cas.

bailement de deux mo
RNV le 12/09/2020 à 14h