

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 :

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.

Maladie chronique :

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° P19- 069025

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2027

Société : 48845

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JADOUAL MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667931671

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/11/2020

Nom et prénom du malade : JADOUAL Med

Age : 81

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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) :

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
7/11/2020	ECG		300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/11/2020	2642,50

[illegible]

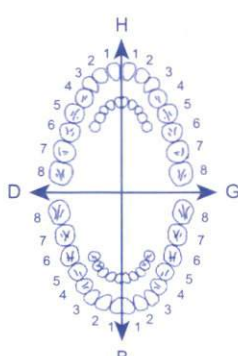
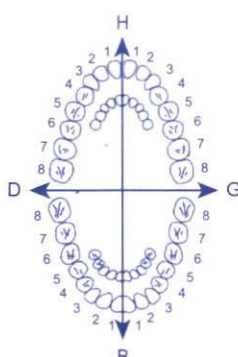
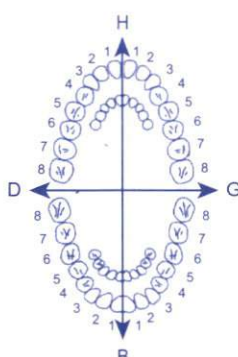
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						
						
						
						

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	DATE DU DEVIS																	
DATE DE L'EXECUTION	DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA

إنوكسابارين صوديك

LOT

202205

6 118001

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VIS (5/1/11) ~~ATTENZIONE ATTENTI~~

LOT 202205

EXP 09 2022

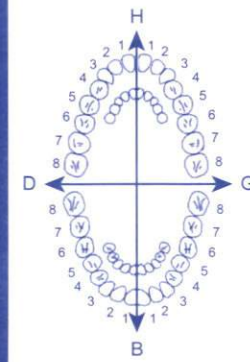
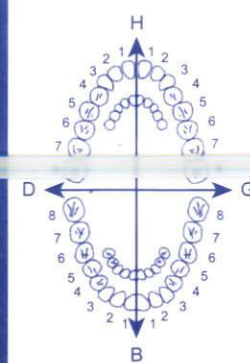
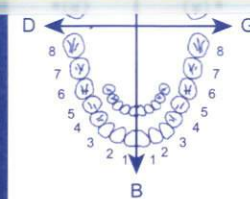
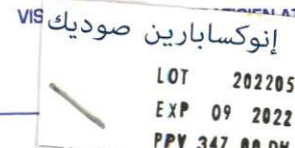
PPV 347.00 DM

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
300.00	Ec	300.00	 Dr. KHALID ADNANE DENTISTE 354 AV MED BOUZIANE SALAMA III 101 OTHMANE - CASABLANCA	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Nom du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/11/2020	1641,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Nom et signature du Docteur et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Nom et signature du Praticien	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 canaux, ainsi que les radiographies de la dent traitée.				
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		COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VIS  LOT 202205 EXP 09 2022 PPV 347.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361.00 DH

65,00

63,40

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Dr. ADNAN Khalid

Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage
Salama III Sidi Othmane
20670

Tel.: 05 22 55 41 08

Mobile: 06 66 25 12 44 Whatsapp

Fax: 05 22 55 41 12

Email: kha_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

le 07/11/2020

M. M. JADOUAL

1) **CARDIOASPIRINE Comprimé Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprimé**

Prendre 1 comprimé à midi, après le repas, pendant 3 mois

2) **EXFORGE HCT 160/5/12,5 CP**

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

3) **MAG 2 AB SANS SUCRE**

Prendre 1 ampoule le matin et le soir

4) **NOVEX 4000 UI 0.4 ML /6 SERING**

Faire 1 injection par jour

5) **ORAPRED Comprimé Effervescent à 20 mg Bte 30 Comprimé**

Prendre 2 comprimés par jour, pendant 5 jours

2 boîtes

1 boîte

1 boîte

Dr. ADNAN Khalid

ADNAN ADNAN
CARDIOLOGUE
MED BOUZIANE SALAMA III
SIDI OTHMANE - CASABLANCA

Pharmacie JADOUAL
Comptoir

ECG

Dr ADNAN Khalid

HR: 86

Suggestion :

NOM: JADOUAL MOHAMMED

ID :

Genre :

Age : 81

DOB : 01-01-1939

Date Test: 07-11-2020 09:32

Case #:

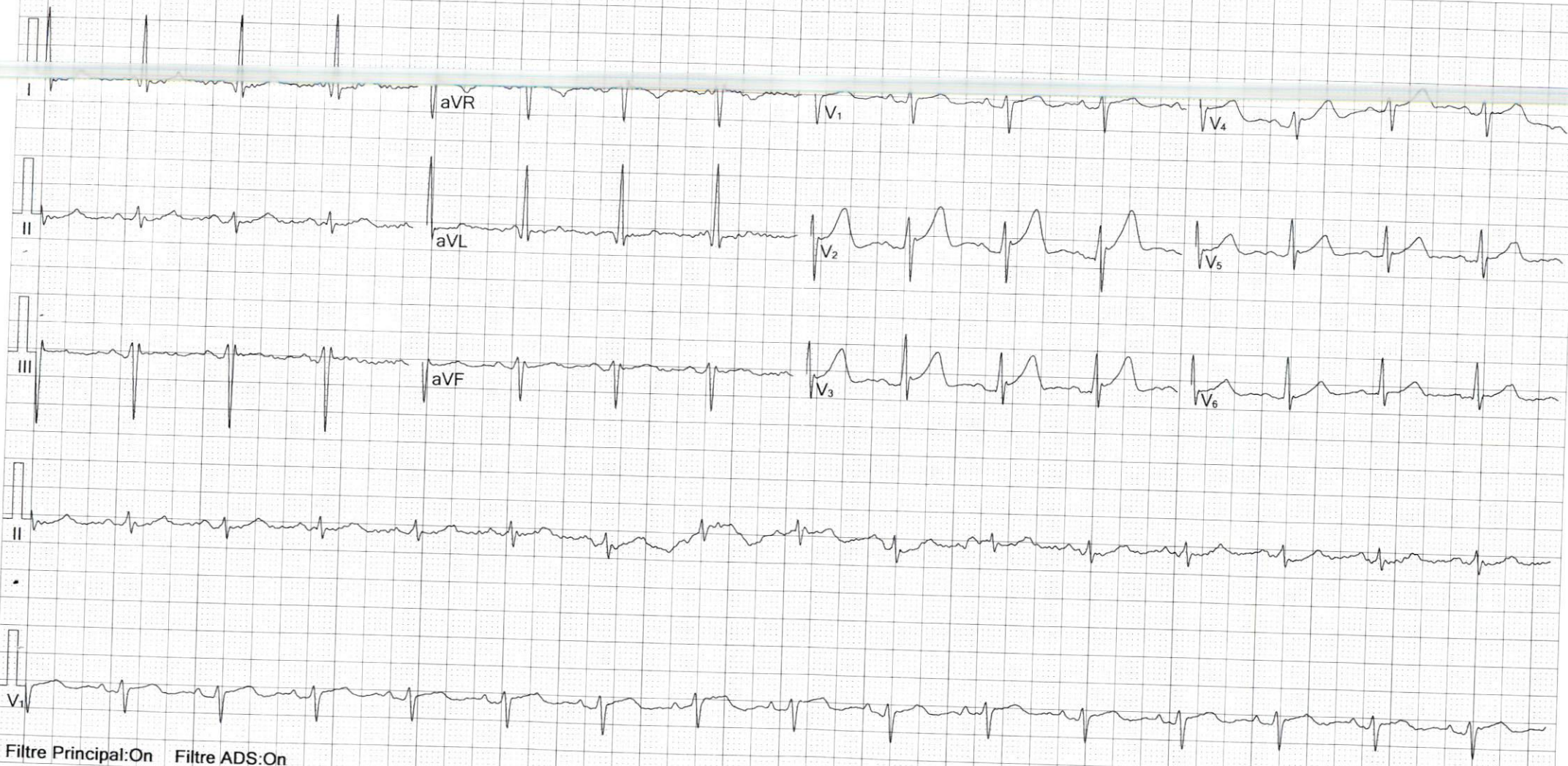
Investigation #:

199 / 102

Médecin Référent: Doctor A

Signature Médecin:

10mm/mV 25mm/s



Filtre Principal: On Filtre ADS: On

Build: 20100705

Imprimé: 07-11-2020 09:34:37

Page 1