

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.

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° M20- 0002185

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272 Société : 74837
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN
Date de naissance : 25-06-1959
Adresse : Residence L'Amour A° Apt° 4
Casablanca 20140
Tél. : 06 88 11 86 23 Total des frais engagés : 400 + 706,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 03/06/2021
Nom et prénom du malade : Boutiba Hassan Age : 62 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Maladie de Parkinson
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 : 17/06/2021
Signature de l'adhérent(e) : [Signature] ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
03/06/2011			54000	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

03/06/2011 706,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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

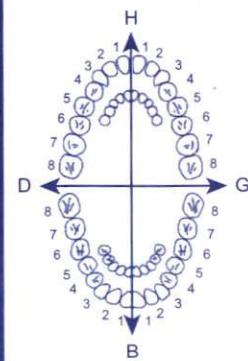
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

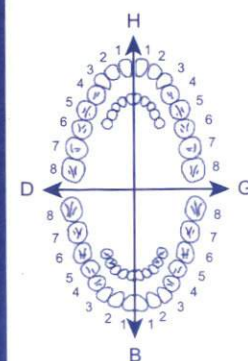
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ACHOURI M.

Professeur à la F.M.C

NEUROCHIRURGIEN

NEUROCHIRURGIEN PEDIATRE

Diplômé de la Faculté

de Medecine de Marseille-France

Membre de la SNL Française

76, Bd. Abdelmoumen Résidence

Koutoubia 4^{ème} étage - Casablanca

e-mail : machouri2002@yahoo.fr

Whatsapp : 06 19 20 74 01



الدكتور عشوري م.

أستاذ بكلية الطب

اختصاصي في أمراض وأجراحة الدماغ

والأعصاب و العمود الفقري

(الكبار - الأطفال - الرضع)

خريج كلية الطب بمسيليا - فرنسا

76. شارع عبد المومن

إقامة كتبية. الطابق 4

الدار البيضاء

Casablanca, le 3/6/21 في الدار البيضاء.

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

PHARMACIE
Voie d'Amenagement Hay Laymoun
Hay Laymoun - Casablanca
Tel: 05 22 93 86 24 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 001551566000076 - IF: 40155050

Ben LiBA Hassan

298,00 x 2

1) Madopar 200/50-100

**1/2 Cu x 41 par 8h
x 3 sur 2**

18,40 x 6

2) Trauxone 500

**1 Cu x 21 par 8h
x 3 sur 2**

706,40

PHARMACIE
Voie d'Amenagement Hay Laymoun
Hay Laymoun - Casablanca
Tel: 05 22 93 86 24 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 001551566000076 - IF: 40155050

Professeur M. ACHOURI
Neurochirurgien

76, Bd. Abdelmoumen Résidence
Koutoubia 4^{ème} Etage - Casablanca
Tel : 05 22 98 03 75

A revoir Dans

Tél.: 05 22 98 10 63 - 05 22 98 03 75 - 05 40 15 89 79

F.V. 100040
LOT 18,40
P. 100040

F.V. 100040
LOT 18,40
P. 100040

F.V. 100040
LOT 18,40
P. 100040

F.V. 100040
LOT 18,40
P. 100040

F.V. 100040
LOT 18,40
P. 100040

18,40