

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ctique :

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.

ntaire :

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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6218 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENTAHILA HAKIM

Date de naissance : 20/01/61

Adresse : 25 RÉS ENNAJD Apt 265 AV STENDHAL CASA

Tél. : 06 61 18 16 63 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Houda KADIRI MEKOUE
Spécialiste en Rhumatologie
Angle Bd. Abdelloumen et Rue
Soumaya Rés. Shehrzade 3-CASA
Tél. 98.02.39/98.03.28 - Fax : 98.03.52

Date de consultation : 15/06/2020

Nom et prénom du malade : BEN HAYOUN NAOUAL Age : 13/2/61

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Rhumatologique

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 : CASA BUENCA

Signature de l'adhérent(e) : BB

Le : 15/06/2020

Déclaration de Maladie

N° P19- 060370
ND. 290 54

Optique

Autres

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
11/03/2020	Cs	3000	3000	Dr. Houa A. DIDI Spécialiste en Medecine et Anesthésie Sous Anesthésie Tel: 05 22 48 92 68 Fax: 05 22 48 93 05 Garn: 05 22 48 93 68 CASA 303 28

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ACHRAF Dr. Slimane ACHRAF Res. Armand - Bd. Arwal - Casablanca Tel. 05 22 98 97 83 - Fax. 05 22 99 64 17	15-26.95	238,75

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Houda Kadiri Mekouar

الدكتورة هدى القادري مكوار

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE
MALADIE DES OS ET DES ARTICULATIONS

متخصصة في أمراض المفاصل (الروماتيزم)
والعظام

Casablanca, le 15/6/2020

Mme Benhadjou Naoval

24,--
Brofex

100 x 4/1
x 10. S.V. S.V.



37,00

34,--
Dulastan 100 x 2/1

86,70
Sirdalid x 100 le 8/11
x 1

Dr. Houda KADIRI MEKOUE
Spécialiste en Rhumatologie
Angle Bd Abdelloumen et Rue
Soumaya Rés. Sherazade - CASA
Tél: 05 22 98 03 28 / 05 03 28
05 22 98 03 28 98 05
INP: 051000768

PHARMACIE ACHRAF
Dr. Slimane S. Achraf
Résidence Sherazade III, 1^{er} Etage, N°3 - Casablanca - Tel: 0522 98 02 39/98 03 28 / 0651 58 98 05



زاوية شارع عبد المؤمن وزنقة سومية، أقامة سيريلاند III، الطابق الأول رقم 3 الدار البيضاء - الهاتف: 0651 58 98 05 / 0522 98 02 39/98 03 28
Angle Bd. Abdelloumen et rue Soumaya, Résidence Sherazade III, 1^{er} Etage, N°3 - Casablanca - Tel: 0522 98 02 39/98 03 28 / 0651 58 98 05