

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



ND: 29179

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011497

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000212 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RHOUMAM Date de naissance : 1943

Adresse : CITE DANIA N° 2 CASA

Tél : 0770560284 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/03/2020

Nom et prénom du malade : RHOUMAM DANIA Age :

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

Nature de la maladie : incontinence urinaire

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) :

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.

Pathologie 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 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.

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
16/03/2020	S	-	120 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. MURHAB AMINA N° 4 Impt. 7 Oulad Azouz Farah 2 Casablanca	16/03/2020	773,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

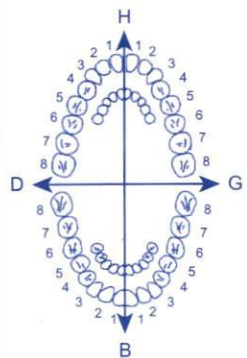
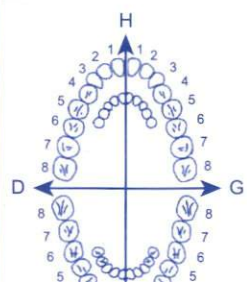
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>B</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

Docteur
Imane KOURAICHI EL IDRISSE

Médecine Générale
Echographie Générale

Diplômée à l'Hopital Universitaire Ibn Rochd
et Faculté de Médecine et de Pharmacie
Casablanca



اندكتورة
إيمان قريشي الإدريسي

الطب العام
الفحص بالصدى

خريجة المستشفى الجامعي ابن رشد
وكلية الطب والصيدلة الدار البيضاء

Casablanca ,le

16/03/2020

Mme RHOUNAM DAMIA

145,90^{x3} 1) Covercyl 5mg SV
1cp le matin 1j

43,00^{x3} 2) Anglor 5mg SV
1cp le matin 1j

67,80 3) ARES 500 mg SV
1cp 2j Pdt 6j

62,80 4) URISpas SV
1gél 3/j

28,20 5) Sulpidal 1gél le soir 1j SV

48,90 6) RoxAM 20 SV
1cp à midi 1j

T₂ 773,80

PHARMACIE JNANE LOUZ
N° 4 Imm. 7 Ouled Azouz
Al Farah 2 - Casablanca

Dr. KOURAICHI EL IDRISSE Imane
Médecin Généraliste
Ouled Azouz
Elab - Jna - Loiz

Gh. Elamin
Oulfa Hay Hassani

فرح السلام 2, إقامة أولاد عزوز , Gh2 , صارة 8 , شقة 3 الطابق الأول جنان اللوز - الألفة - الحي الحسني

Farah El Salam 2, Résidence Ouled Azouz GH2, Imm 8, N°3 1^{er} étage (Jnane Louz) - Oulfa - Hay Hassani
Tél : 05 22 89 71 79

ANGLOR® 5 mg
Amlodipine
30 comprimés



6 118000 042006

ANGLOR® 5 mg
Amlodipine
30 comprimés



6 118000 042006

COVERSYL®
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294

COVERSYL®
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294

COVERSYL®
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg



6 118000 100294

PPV 43DH00
PER 09/21
LOT 12056

PPV: 43DH00
PER: 07/21
LOT: 11655

ANGLOR® 5 mg
Amlodipine
30 comprimés



6 118000 042006

PPV: 43DH00
PER: 04/21
LOT: 1954

ARES® 500 mg
Ciprofloxacin
10 Comprimés pelliculés



6 118000 340096

LOT 192143
EXP 09/2022
PPV 02/50

62,50



Urispas® 200 mg
30 comprimés pelliculés

145,90

145,90

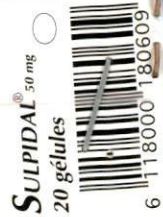
6,14

غير مستحکم 20 مج

Plasma 50



ROXAM® 20 mg
16 Gélules



SULPIDAL® 50 mg
20 gélules

PPV
LOT
PER 2820