

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.

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.

Dentaire :

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.

NDs 29179

Déclaration de Maladie : № P19- 0011497

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0000212 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RHOUM DAMIA Date de naissance : 1943

Adresse : CITE DAMIA

N° A CASA

Tél. : 0770560274 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/03/2020

Nom et prénom du malade : RHOUM DAMIA 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) :

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
16/03/2020	5	-	12000	Cell

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Moustapha Amina 41mm. 7 Oulad Azouz 1 Farah 2 Casablanca	16/03/2020	773,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Docteur
Imané KOURAICHI EL IDRISI



Médecine Générale
Echographie Générale
Diplômée à l'Hôpital Universitaire Ibn Rochd
et Faculté de Médecine et de Pharmacie
Casablanca

الدكتورة
إيمان قريشي الأدريسي

الطب العام
الفحص بالصدى

خريجة المستشفى الجامعي ابن رشد
وكلية الطب والصيدلة البار البيضاء

Casablanca , le

16/03/2020

Mme RHOUNAM DAMIA

145,90^{x3} 1) coversyl 5mg SV
43,00^{x3} 2) Anglor 5mg SV Pdt 03 mois
67,50 3) ARES 500 mg SV Pdt
62,50 4) URISPAD SV 3/j
28,20 5) Sulpidal 1gel SV le soir /j
48,90 6) Roxam 20 SV SV
T. 273,80

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

Dr. KOURAICHI IDRISI Imane
Généraliste
Ouled Azouz
El Farah 2 - Casablanca

Gh. 2, Résidence Ouled Azouz
Oulfa Hay Hassani

فرح السلام 2، إقامة أولاد عزوز، Gh2، 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

