

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réeducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

taire :

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.

adie 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-
056476

ND: 29740

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **55C**

Société : **Retraite**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **A DOUANE Bouchairi**

Date de naissance : **1/1/1945**

Adresse : **Rue AIR OURIR Roud. Iftikar (A) Bourgogne Casablanca**

Tél. : **0664635819** Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **FL HAFIANE Radida** Age:

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

Nature de la maladie : **vertiges inexplicables**

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) : **Adouane**

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
09/06/2020	e2	3000000	Dr. H. G. Rés. Bd. Alex... CASABLANCA - tel. 05 22 20 01 04 / 08	Signature Dr. H. G. Rés. Bd. Alex... CASABLANCA - tel. 05 22 20 01 04 / 08

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: right;">PHARMACIE MY. YOUSSEF SALIMA CHEHIB D'OUZZAZANE</p> <p>139, Boulevard My. Youssfi Doktoraat er Pharmacie</p> <p>AS-SANAWI - Tél. 05 22 27 25 25</p>	25/6/20	297,10

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

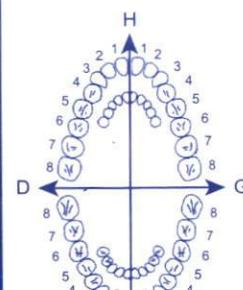
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de la

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Dr Mohamed HEFFOUDHI

SPECIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)
ENDOSCOPIE DIGESTIVE
ECHOGRAPHIE

الدكتور محمد حفوصي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي
الفحص بالمنظار الداخلي



Casablanca le, 09/06/2020

Mme Adouane Rachida

en attendant une consultation ORL et evntuellement un scanner (CAE) eviter les frites-tajine et couscous-menthe-lait et produits à base de lait-café

51,00 Tanganil 500 -1bte

1 cp matin et soir apres les repas

71,30 Trimarel gouttes ou equivalent

1 pipette matin et soir apres les repas

40,18 Motilium sirop

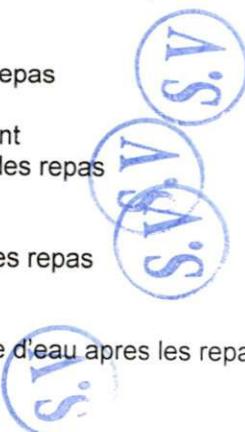
1 cuil à soupe 5-10 min avt les repas

Cibalax

1 stick à diluer avec 1/2 verre d'eau apres les repas de midi et le soir

134,00

207,10



PPC : 134 DH 00



Dr. M. HEFFOUDHI - Casablanca
Résidence SAAD ALLAH, n° 12, rue Reaumur (Bd. Abdelmoumen), Q. des Hôpitaux - Casablanca
Tél. : 0522.200.104 / 105 - Fax : 0522.200.106 - الهاتف : 0522.200.104 / 105 - الفاكس : 0522.200.106