

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.

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.

Education :

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.

Prothèse :

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.

Pathologie 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- 0043074

ND: 35828

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3273 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL BAOD HAFID

Date de naissance :

1950

Adresse : N. 4 HADJ FATAH 5, oufza CASA

Tél. : 0661826830 Total des frais engagés : 160 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01/01/2020

Nom et prénom du malade : EL BAOD HAFID Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

hypertension

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

Signature de l'adhérente(e) :

Le : 9/10/2020

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
09/07/20	C		150	
22/07/20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/08/2020	351,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
		35533411		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS

Docteur Yahia Er-raï

Médecine Générale

Echographie générale

*Lauréat de la faculté de médecine et de
pharmacie de Casablanca.*

*Diplômé en Echographie générale du CHU
Avicenne – Rabat*

Diplômé en planning familial.

Ancien médecin aux services des F.A.R

Khmiss Zemamra le

09/07/2023

الدكتور يحيى الراعي

الطب العام

الفحص بالصدى - الإيكوغرافيا -

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
حاصل على شهادة الفحص بالصدى من المستشفى
الجامعي ابن سينا بالرباط -

حاصل على شهادة التخطيط العائلي -

طبيب سابق في مصالح القوات المسلحة الملكية -

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00

6 118000 062257

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00

6 118000 062257

PPV: 55,00 DH
LOT: 623688
PER: 06/21

6 118000 062257

PPV: 68,90 DH
LOT: 623688
PER: 06/21

6 118000 062257

PPV: 68,90 DH
LOT: 623688
PER: 06/21

6 118000 062257

PPV: 31,30 DH
LOT: 623688
PER: 06/21

6 118000 062257

PPV: 31,30 DH
LOT: 623688
PER: 06/21

6 118000 062257

PPV: 31,30 DH
LOT: 623688
PER: 06/21

PHARMACIE CHABAB
Andalazziz HAFIDH
Dr. Pharmacie
Av. Hassan II, Immeuble Alfaraj
Appt. N° 4 - Zemamra
Tel: 06 39 61 33 49

Dr. Yahia Er-raï
Médecin Généraliste
Diplômé en Médecine Générale
Av. Hassan II, Immeuble Alfaraj
Appt. N° 4 - Zemamra
Tel: 06 39 61 33 49

شارع الحسن الثاني - عمارة أبو الفرج - (طريق الغريبة) فوق القرض الظاهري - الطابق 4 - الشقة 4

الهاتف : 06 39 61 33 49 - البريد الإلكتروني : yahiaerrai@gmail.com