

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

ctions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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 rééducations.

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

Nº P19-0044853

ND 36344

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0003715 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KALHAL IJYOUN

Date de naissance : 1948

Adresse :

Tél. : 0665275306 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/07/2020

Nom et prénom du malade : KALHAL IJYOUN Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sécheresse oculaire

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
IVP0062049176	16/07/2023	180.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ophtalmologue

- Chirurgie de la cataracte (phako)
 - Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
 - Angio laser - Correction optique (LASIK)

- اختصاصي في طب و جراحة العيون
- جراحة الحالة - الحول - مساك الدم
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة -
- تصحيح البصر لابك

16/07/2020

Casablanca, le :

KACHAL Ijjou

- OXYAL Collyre(Hyaluronate de Na 0,15%)fl

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois

RIMA PHARMA
PVC : 50,00

P.V.C
60.00 DH

RIMA PHARMA
PVC : 60,00

Abdelmoumen Center,
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211
Tramway station Abdelmoumen
Tél: 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88
GSM : 06 44 05 49 05
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن.
زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211
محطة الطرامواي عبد المؤمن
الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com