

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.

Radiologie 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-549453

ND: 36713

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)
 Matricule : 9543 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : LT. S. MARA BL 13 n° 150

accès casab

Tel: 662 12 56 58 Total des frais engagés : 133 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Lyn

Le : 13 AOUT 2020

ACCUEIL

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D	B	G		00000000	35533411	00000000	11433553
H		G																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
D	B	G																		
00000000	35533411	00000000	11433553																	
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		
		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p>																		
		<p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p>																		
		<p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p>																		

Dr BENJELLOUN Mohammed Karim

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Hypertension Artérielle, ECG (Tracé du coeur)

Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel

Diplômé d'Echocardiographie Doppler

BORDEAUX



الدكتور بن جلون محمد كريم

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

والضغط الدموي - الكوليسترول ...

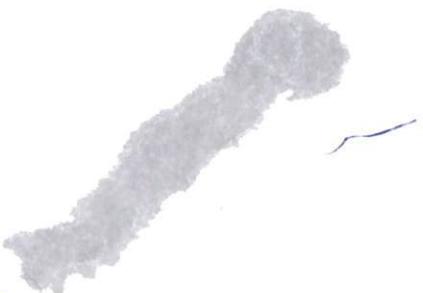
التخطيط الكهربائي للقلب، الـHolter

الفحص بالصدى

جامعة بوردو

Casablanca, le : 24.07.2010

N° Chambre El Henn,



133.60

Demande de

Pharmacie Messira Hassania
Dr. Laila HAOUZIR
Bd Al Qods (Ain Chok) Rue 6 - Oulfa
Tel. 05 22 52 57 77

(6 mois)

- Cyclo 3 point. n° 88
- tél le Samedi

Pharmacie Messira Hassania
Dr. Laila HAOUZIR
Bd Al Qods (Ain Chok) Rue 6 - Oulfa
Tel. 05 22 52 57 77

Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim
CARDIOLOGUE
511 Jardins Al Qods California Apt 38
(En Face de la police 6000 Concessionnaire RENAULT)
Tel. 0522 52 57 45 - Gmail: drbenjellounkarim@gmail.com

Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods California (En Face du Concessionnaire RENAULT), 4ème Etage, n° 38
Ain Chok - Casablanca - Tél.: 0612 65 13 15 / 05522 52 57 45 - E-mail : drbenjellounkarim@gmail.com

DIOVENOR® 600 mg

DIOSMINE

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

Si vous avez des questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de vous y référer à nouveau.

COMPOSITION

Principe actif :

Diosmine (quantité exprimée en diosmine anhydre et pure) 600 mg

Excipients : talc, silice colloïdale anhydre, acide stéarique micronisé, hypromellose, cellulose microcristalline, stéarate de macrogol 400, propylèneglycol, dioxyde de titane, laque aluminique de rouge cochenille A, oxyde de fer noir, oxyde de fer rouge, cire de carnauba, cire d'abeille, gomme laque, alcool éthylique à 95°. Pour un comprimé pelliculé.

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé pelliculé (boîte de 30)

CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

VASCULOPROTECTEUR / MÉDICAMENT AGISSANT SUR LES CAPILLAIRES
(système cardiovasculaire).

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est un veinotonique (*il augmente la tonicité des parois veineuses*) et un vasculoprotecteur (*il augmente la résistance des petits vaisseaux sanguins*).

Il est préconisé dans :

- les troubles de la circulation veineuse (*jambes lourdes, douleurs, sensations pénibles dites impatiences lors du coucher*)
- la crise hémorroïdaire.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est généralement déconseillé pendant l'allaitement.

Allergie connue à l'un des composants.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

Si la gêne et la fragilité des vaisseaux ne diminuent pas en 15 jours, consultez votre médecin.

Si les troubles hémorroïdaires persistent après quelques jours de traitement, il est indispensable de consulter votre médecin.

à une bonne hygiène de vie.
prolongée, l'excès de poids.
aptés favorisent la circulation

INTERACTIONS

AVEZ PLUSIEURS MEDICAMENTS
TOUT AUTRE TRAITEMENT