

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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° P19- 051688

ND: 39427

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2331 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

RD. FL QUADS AMICALE ENNAKHIL

Tél. : 0662473354

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : FL AL AMI Lafla Fatima

Age : 31/18/57

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) : MARAH

Le : 03/17/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OMARIA CASABLANCA Rue 49 Lot. Omaria Casablanca Hay Inaya Ain Chock - Casablanca Tél.: 05 22 52 36 29	03 07 2020	22410

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	V I	
Le 26/10/2022	26/10/2022	1400	600	1800	000	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important

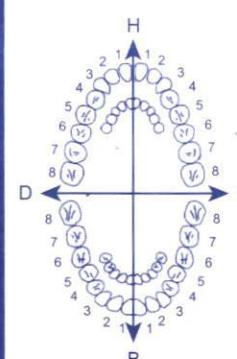
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations et de la colonne vertébrale (Sciatisques)

Les rhumatismes

Osthéoporose et la goutte

Rhumatologie Pédiatrique

Echographie ostéo-articulaire



الدكتورة مخشون منى

طبيبة أخصائية

أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري (بوزنوم)

أمراض الروماتيزم

هشاشة العظام والتقعرس

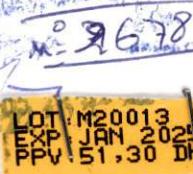
أمراض الروماتيزم عند الأطفال

فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le : 2020 جويليو 03

EL ALARI

falla Fahmy



1) Am bishr
600.00 D1A

2) tegretol 200
5130

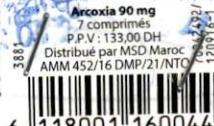
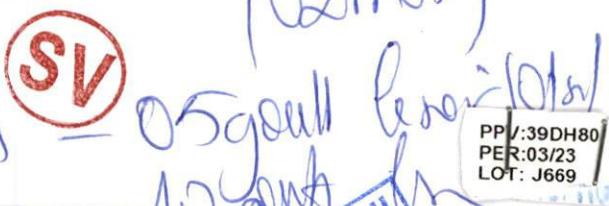
3) doradol goutt
35.80

4) A roxia 90
133.00

224.80



Acp x 2
(2moo)



6 118001 160044

75، شارع الإمام الشافعي الزنقة 16 تجزئة (باء) القدس - البرنوسي

Tél. : 05 22 73 44 42 - E-mail : mounamakhchoune@hotmail.fr

URGENCE : 06 13 01 25 35



FACTURE N° : P40

ELALAMI LALLA FATIMA

Code Client : 202057

Casablanca le, 11/08/2020

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Montant	Tva
869891804175	LOMBOSTAT	1.00	600.00	600.00	20.00%

**PARAPHARMACIE
CENTRE KINE MED**
 180/184 Bd. Techka Lot. SAMIA
 AIN CHOK CASABLANCA
 Tél : 06 62 30 50 72

**Arrêtée la présente facture à la somme de :
SIX CENTS DH.**

180/184 BD TICHKA LOT SANIA QUARTIER ELOUMARIA AIN CHOK - CASABLANCA Tél.: 05 22 50 20 88 - Fax:
I.F.: 14373071 Patente: 34091878 R.C.: 265781 C.N.S.S.: 9242455

ICE : 000003718000009