

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

tions 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.

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 rééducations.

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

ntaire :

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

Nº P19-0034742

N.D: 44953

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2027 Société :

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : JADOUAL Mohamed

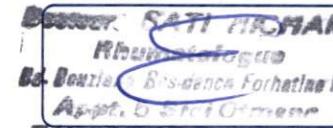
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.67.93.16.71 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation 21/10/2020

Nom et prénom du malade : JADOUAL Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjointe Enfant

Nature de la maladie : Lombalgie

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] : JADOUAL Mohamed

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
21/10/2023	C2		300 DHT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie BENMIMA N° Cdt. Orjss El Hac Cité Djémaâ CASABLANCA	21/10/20	649,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIODIAGNOSTIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

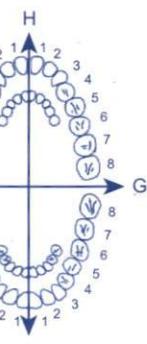
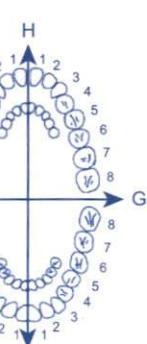
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hicham SATI

Spécialiste en Rhumatologie

Maladies Rhumatismales

Articulations - OS. et Colonne vertébrale

- Ancien Professeur Assistant des Hôpitaux de France
- Diplôme Universitaire de la douleur
- Membre International du Collège Americain de rhumatologie et de la Société Française de Rhumatologie
- Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique

Sur Rendez-vous - Horaire Continue



الدكتور هشام ساطع

اختصاصي أمراض المفاصل

والروماتيزم والعضام والعمود الفقري

- أستاذ مساعد بالمستشفيات

الفرنسية سابقا

- عضو المعهد الأمريكي لأمراض الروماتيزم

والجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم

- دبلوم جامعي في علاج الألم

- شهادة الترويض الطبي

- دبلوم في روماتيزم الأطفال

بالموعد - التوقيت المستمر

Casablanca, le :

21/11/06

الدار البيضاء في :



1365	Alyce 25	gel leg.
800	Alcosite 7,5	(2300x2)
864	vitamine B6	1 - 1 (2880x3)
2454	Doflin 500g	(122,70x2)
1 mg	Kob 84	1 - 0 !
2500	Govim -	
484	W.S. 3	
<hr/>	<hr/>	
64970		

شارع بوزيان، إقامة فرحتين 5، الشقة 5، الطابق الثاني (قرب أسيما) - الدار البيضاء : الهاتف - الفاكس : 05 22 37 14 14

d. Bouziane, Résidence Farhatine 5 , Appt. 5, 2ème Etage, (A côté d'Acima) - Casablanca - Tél./Fax: 05 22 37 14 14

يحرك جيدا قبل الشرب.
 لا تتركه في متناول الأطفال.
 يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 منوبة.
 لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.
 Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.
 Tenir hors de portée des enfants.
 Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:
 Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.
 Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.
 Utiliser dans les 6 mois après ouverture.
 AMM N°205/15 DMP/21/NNP
 PPV: 48 DH 40

Lot:

200926

Per:

300222

PPV: 136DH50

A20012113/00

BN 009481
 DOM 04/2020
 EXP 04/2022

3079955

20/11/20

~~cancel~~

PPV
LOT
PER

PPV
LOT
PER

PPV
LOT
PER

LOT 191190
EXP 04/2022
PPV 75.00DH

28,80

28,80

28,80

100,70

100,70