

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

ditions 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.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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 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.

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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 10295

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAOUA BOUNAZZA

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : Hay Larbia Bloc M N° 7

Tél. : 066 233 48 25 Total des frais engagés : 718,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachid SAIR
MEDECIN
73, Av. Colonel Akid Allam 1er étage
(en dessus BMCE) Bourazaz - Casablanca
Tél : 05 22 72 42 42

Date de consultation : 23 NOV / 2020

Nom et prénom du malade : El AYOUBI

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Dyslipidémie

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : El AYOUBI 1.11.2020

Déclaration de Maladie

Nº P19- 061475

ND: 48950

Optique

Autres

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23 NOV 2020 | | | 2526 | <p><i>Dr. Rachid SAIR</i> MEDICIN 73, Av. Colonel Akid Allam 1er étage (en dessus MCE) Bousmazar - Casablanca Tél : 05 22 72 42 42</p> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 23/11/20 | 558.7 |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| <i>Hadj Lakki</i> Infirmier Diplôme d'Etat INFIRMIER AZHAR | 23/11/2020 | | X | | | 10.100 DH |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
|--|---|---|-------------|-------------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS | |
| | H | 25533412 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553 | G | | |
| | D | 00000000 00000000 | B | | |
| | | 00000000 11433553 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | DATE DU DEVIS | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | DATE DE L'EXECUTION | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR.RACHID SAIR

OMNIPRATICIEN



الدكتور رشيد سير

الطب العام

• دبلوم جامعي في أمراض السكري
• جامعة مونبولي - فرنسا

• دبلوم رعاية صحية متقدمة لأمراض القلب
• جامعة مونتريال - كندا

• إرتفاع الضغط الدموي - أمراض القلب والشرايين

• طبيب مجاز من طرف المجلس الطبي الكندي

• الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

• Diplôme universitaire de Diabetologie

• université montpellier France

• Diplôme en soins avancés en cardiologie

• université de montréal-Canada

• Licencié du Conseil Médical du Canada (LCMC)

• Echographie - ECG

casablanca le : 23 NOV 2020

الدار البيضاء في :

reçu de la

421.00 * 6 Ⓛ Glucosurie 125 mg/dl
2 - 4 - 0 3 5 3

28.00 * 6 Ⓛ Glucosurie 150 mg/dl
0 - 4 - 2 5 4 3

53.00 Ⓛ Glucosurie 100 mg/dl
0 4 2 7 4 3

56.60 Ⓛ Diastole 120 mmHg

28.00 Ⓛ Alcool 35 mg/dl
0 - 4 - 0 2 - 1 3

558,70



Dr. Rachid SAIR
MEDECIN

73 شارع العقيد العلامة الطالق الأول (فوق بلك BMCE) بورنازيل - البيضاء - الهاتف : 05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42
73, Av.Colonel Akid Allam 1 étage (En dessus BMCE) - Bournazel - casablanca - tel : 05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

PER:12/2022
LOT:20E010

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V :53DH10



611 800115 013 7
DIPROSTENE 1 Seringue
P.P.V : 56,80 DH
AMM 239DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

29,00