

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.

armacie :

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.



Déclaration de Maladie

Nº P19- 059694

Optique 99.005 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1246 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL YALAQUI Mohamed

Date de naissance : 1/1/1948

Adresse : 2, Rue TAHHANNAOUTE / HAY ESSALAM

CASA BLANCA

Tél. : 06.61.14.16.37 Total des frais engagés : 1423,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur K. EL ALI
NEUROPSYCHIATRE
70 Bd. Zeïtouni Appt 8-Casa
Tél: 0522 22 23 31 / 0522 47 25 88

Date de consultation : 07/12/2020

Nom et prénom du malade : El Yalaoui Mohamed Age : 78

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Neuro-psychique

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

Le : 19/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 Parlement des Actes
07/12/20	1h15 mn	Scand		<i>[Handwritten signatures and a large blue stamp reading "DENTISTE DE LA NATION - NEUROPSYCHIATRE - TUNIS 2013 / 0522 47 25"]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten stamp: PHARMACIE ARAUCARIA - Hicham TALI - Pharmacien - 42 Rue d'Ifrane Hay Palam C.I.L Casablanca - Tel.: 0522 36 13 05 Fax: 0522 39 61 05]</i>	07/12/20	923,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

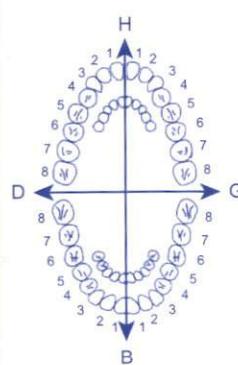
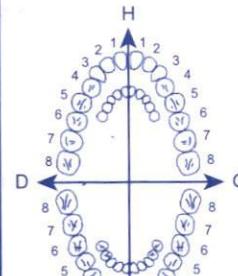
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de

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			Coefficient des Travaux
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
D	00000000	00000000	DATE DU DEVIS	
G	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

Docteur Khalid. El Alj
Psychiatre - Psychanalyste
الدكتور العلالي
أخصائي في الأمراض النفسية
محلل نفسي

Casablanca, le

07/12/2020

MONSIEUR MOHAMED EL YAALAOUI:



180,00
X5



23,50

923,50

1 - FLUOXET 20 MG. GELULES :

1 gélule matin et midi un jour sur deux.

1 gélule le matin après le repas.

2 - URBANYL 10 MG. CMP. :

¼ cmp. le soir

TRAITEMENT POUR 90 JOURS.

Rcv Vendredi 05/03

2150

Docteur K. EL ALJ
NEUROPSYCHIATRE
70, Bd. Zerkouni Appt 8-Casa
Tél: 0522 22.23.31 / 0522 47.25.85

PHARMACIE ARAUCARIA
Hicham Tazi Pharmacien
42, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L Casablanca
Tél.: 0522 36 12 05 Fax: 0522 39 61 05

23,50

1
P E R



6 118000 021681
Fluxeter® 20 mg
30 gélules

LOT 202286 EXP 10 2023 PPV 180.00

LOT 202286 EXP 10 2023 PPV 180.00