

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.

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.

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.

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- 048777

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

53 NBS

2016

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : QUAZZANI CHAHDA

Date de naissance : 1960

Adresse : Derb Mazola Rue 5 I. 724 N° 63 CASA
H. Hassana

Tél. : 0664973858

Total des frais engagés : 640,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/11/2016

Nom et prénom du malade : QUAZZANI CHAHDA RAOUAF Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : MORN

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)

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Bourruisseur	Date	Montant de la Facture
147 MOULINS ne. BENAL ssani - Casablanca 51 Rue A 024.30.30.30	18/11/2020	440,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

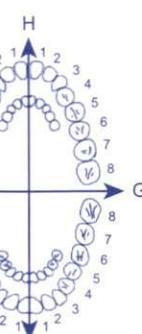
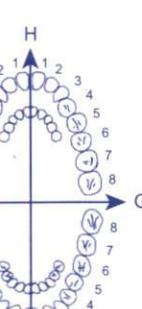
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ D & \hline & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ B & \end{array} $			Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ABDELALI TLEMÇANI

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الدكتور عبد العالى التلمسانى

الطب العام

أمراض النساء والرجال والأطفال

الفحص بالتلفرز

155، شارع أفغانستان

حي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.90.33.90

VL

Casablanca, le

18/11/20

AB8.30

- Augmentin 100 (PZ)

43x1

S.V.

AB3.00

- Dobfane 100

43x2

S.V.

21.00

- Fermet Ad

15H 2x1

S.V.

63.00

- Doxycycline

100x3x15

S.V.

21.80

- Polydexta 500

gouttes 3x1

S.V.

55.10

- oxytropis spray

150x15

S.V.

12.50

lytta 2x1

S.V.

- Vaxigrip

مراجع إحضار الوصفة عند المراقبة

440.80

PHARMACIE MAZOLA
Mme. BENAZZOUI Btissam
N° 51 Rue 4 Mazola
Hay Hassani - Casablanca

Docteur Abdellali
Médecine Gén.
Echographie
Casablanca - Tel. 715

PPV: 138,30 DH
LOT: 644069
PER: 12/21

10,30
PPV: 100DH30
PER: 07/23
LOT: J2017

PHARMED
LOT: 8310
UT.AV: 02-23
PPV: 21DH00

LOT: 200297
DUO: 10/2023
69,000DH

21,80

LOT: 2320720
PER: 07/2023
PPV: 55,10 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain seba Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol [1] b1
P.P.V: 125,30 DH

6118001 082247