

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.

Radiologie 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
13118

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mouna Benali

Date de naissance :

21/05/1990

Adresse :

Route de la prospérité, Mermimé, Dafflout,

Tél. : **0620163153**

Total des frais engagés : **10.29,70 MAD** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **05/07/2023**

Nom et prénom du malade :

BENALI MOUNA

Age : **33**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Trombose veineuse profonde -

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

04 SEP. 2023

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.

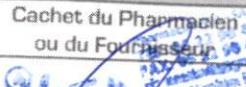
Fait à : **Casablanca**

Le : **03/09/2023**

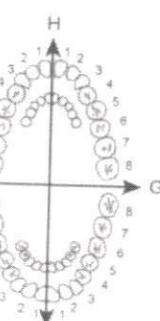
Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
	05/07/23	629,70

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

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 l'ODF.					
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE $\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ B & \end{array} G$ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>	

Dr Noura KADIM

Psychiatrie adulte

Addictologie

Psychogériatrie

- Ancien médecin aux hôpitaux de Bruxelles

- Ancien médecin au CHU Ibn Rochd



د. نورة قديم

الطب النفسي العصبي

علاج الإدمان

الطب النفسي للمسنين

- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ببركمان ببروكسيل

- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le 05/07/2023

VITA
Société Marocaine de Distribution Pharmaceutique
02/09/23
00110246
1 24700
2(07/2)
0011008
1 29700
1 357

VITA
Dakar
N° Ordre :
Date : 05/07/2023
0011008
1 29700
1 357

NOURA BENALI

Q97 00 X 2
fluoxet 20 mg . AS

1) 02 - 00 AS
30 Jd Alprazolam (III d'ins)
00 - 00 - 01 produit 15
puis 00 - 00 - 1/2 produit 15
puis 00 - 00 - 1/4 produit 15
puis 00 - 00 - 1/4 (1j-12) produits

3) D- Stress buster suscette 1g le _____
puis 00
puis 00

III de 2 min

620 Jd

Dr. Noura KADIM
Psychiatre Islam
Rue Socrate, Casablanca
N°4, 2^{ème} étage, (en face de l'agence CNSS) Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 98 23 80 - GSM : 06 12 02 65 28 - E-mail : kadim.noura@gmail.com

52, Rue Socrate, Résidence Islam 2^{ème} étage N°4, (en face de l'agence CNSS) Maârif - Casablanca

Tél : 05 22 98 23 80 - GSM : 06 12 02 65 28 - E-mail : kadim.noura@gmail.com

Fluoxet®

Fluoxétine

20 mg

60 Gélules
Voie orale



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

1/2 ☀️ ☀️ ☔️ ☕️

سوطاما
Sothema

LOT 230825 1
EXP 022026 0
PPV 297.00



Fluoxet®

Fluoxétine

20 mg

60 Gélules
Voie orale



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

1/2 ☀️ ☀️ ☔️ ☕️

سوطاما
Sothema

LOT 230825 1
EXP 022026 0
PPV 297.00



Alpraz[®]

Alprazolam

0,5 mg

28 Comprimés sécables
Voie orale



<input type="checkbox"/>				
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT APRÈS
$\frac{1}{2}$				



11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

35 20

سوطليما
Sothema