

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.

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.



355
ND: 35959

Déclaration de Maladie : N° P19-0001164

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1209 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve

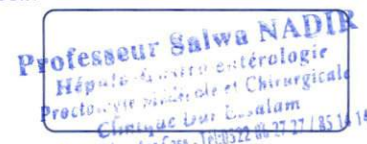
Nom & Prénom : DERKAOU MALIKA Date de naissance : 07/07/65

Adresse :

Tél. : 0674 261004 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/03/2020

Nom et prénom du malade : DERKAOU MALIK Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION DIGESTIVE

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 : 06/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
13-03-2020	S			Professeur M. W. NADIR Hépatogastroentérologie Proctologie Endoscopie et Coloproctologie Clinique Dar Essalam 120, Bd. My Hassan Ier Cas - Tél: 0522 88 17 12 / 05 14

ent des honoraires

GRATUIT

Professeur
Hépatogastro-entérologie et Chimie
Pratiquant adjoint à l'Essarium
Clinique (Dax)
130, Bd. Mytilades les Coteaux - Tél. 0522 86 27 27 / 85 14

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/03/2020	867,00

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

13/03/2020

867.00

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

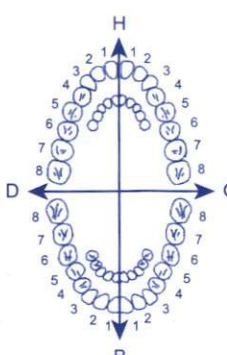
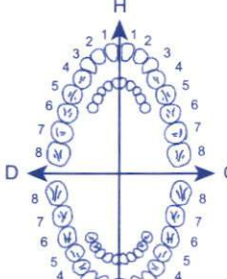
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'odontologue.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">25533412</td><td style="text-align: left;">21433552</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">35533411</td><td style="text-align: left;">11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

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 caninaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H		
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
D	00000000	00000000	G
	35533411	11433553	
	B		

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular chromosome with 8 pairs of sister chromatids. The chromatids are arranged in a circular pattern, with labels H, D, and G indicating different regions or segments. The chromatids are numbered 1 through 8, and each pair is connected by a centromere.

Proctologie Médicale et Chirurgicale

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 13.03.2020 في الدار البيضاء،

Mme Derkacou Malika

prendre :

TEFOVIR

4 comprimés par jour, après le repas
pendant 3 mois (3 Boîtes)

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot. H/1 Foch Rue 8 N° 3 Lot. 66
Casablanca - Tél: 0522 93 10 22

Professeur Salwa NADIR
Hépatite, Gastro-entérologie
Proctologie, Maladies de l'Intestin
Clinique Dar Essalam
150, Bd. Mohamed El Gass - Tél. 022 686 27 27 / 65 14 14

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 120، شارع مولاي إدريس الأول، الطابق 4، - هاتف : 05 22 86 27 86 - فاكس : 05 22 86 34 39
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 : الهاتف : 05 22 85 14 14 : مصحة دار السلام، 728، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 85 14 14

E-mail : salwanadir@yahoo.fr - **Site web :** www.prnadirsalwa.com/www.prnadirsalwa.ma : الموقع الإلكتروني

Tefovir[®] Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

300 mg

Voie orale
30 Comprimés pelliculés

LOT 8424
PER 02-22
PPU 289 DH

PHARMA 5

Tefovir[®] Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

300 mg

Voie orale
30 Comprimés pelliculés

LOT 8424
PER 02-22
PPU 289 DH

PHARMA 5

Tefovir[®] Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

300 mg

Voie orale
30 Comprimés pelliculés

LOT 8424
PER 02-22
PPU 289 DH

PHARMA 5