

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.

Education :

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.

Prothèse :

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.

N° P19- 0041535

Optique *36920* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2698* Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *BOUMZAIRIG La Houcine*

Date de naissance : *02/07/1953*

Adresse : *Lot/ S/ Abdenzahraine Rue 29 N°60 OULFA*

Tél. : *06335299200* Total des frais engagés : *917.00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *02/07/2020*

Nom et prénom du malade : *AFRIDOU NAJAI* Age: *50*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Conopath*

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 : *CASA*

Signature de l'adhérent(e) : *AFRIDOU NAJAI*

Le : *02/07/2020*

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
01/07/2020			360 DH	DOCTEUR BOUAFNA EL HUMA DENTISTE Sidi Maârouf Casablanca Tél. 05 22 53 15 56 09 42 54 62

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DOCTEUR BOUAFNA EL HUMA Sidi Maârouf Casablanca Tél. 05 22 53 15 56 09 42 54 62	01/07/2020	617,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

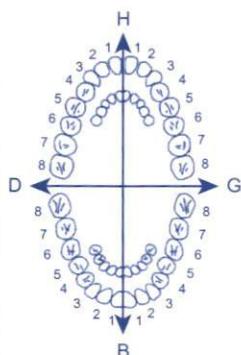
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																	
																					
DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td></td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>G</td><td colspan="2"></td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																			
D	00000000	00000000																			
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
B																					
G																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>H</td><td>1 2</td><td>3 4</td></tr> <tr><td>D</td><td>8 7</td><td>6 5</td></tr> <tr><td></td><td>8 7</td><td>6 5</td></tr> <tr><td></td><td>8 7</td><td>6 5</td></tr> <tr><td>B</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>G</td><td colspan="2"></td></tr> </table>			H	1 2	3 4	D	8 7	6 5		8 7	6 5		8 7	6 5	B			G		
H	1 2	3 4																			
D	8 7	6 5																			
	8 7	6 5																			
	8 7	6 5																			
B																					
G																					
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
MONTANTS DES SOINS																					
DATE DU DEVIS																					
DATE DE L'EXECUTION																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L																					

RHUMATOLOGUE

Maladies des os , articulations
et colonne vertébrale
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle



الدكتورة بثينة العزيزي

إختصاصية في :

- أمراض المفاصل و العظام و الروماتيزم
- العمود الفقري و هشاشة العظام
- الفحص بالصدى

01/07/2020

Casablanca le :

Mme AFRIDOU Najat
N° 148.5
N° 8810

ARTIFLEX GÉLULES



LOT 11491
04/2021 PPC 149,50

LOT 13841/FC7
11/2022 PPC 149,50

LOT 13841/FC8
11/2022 PPC 89,00

2 Gélules le matin après le repas pendant 2 mois

169,00

DOLICOX 90MG



PPV: 169DH00
PER: 169,00
LOT: 12772-2

10,20

1 Comprimé le midi après le repas pendant

DOLOSTOP 500MG



10,20

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le ..., 1 Comprimé le soir après le repas pendant 7 jours

50,00 Curtec Aomg
دكتور بثينة العزيزي
Dr. Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél. : 05 22 58 19 56 - 05 22 34 52



دكتور بثينة العزيزي
Dr. Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél. : 05 22 58 19 56 - 05 22 34 52

إقامة نعيم ، شارع أبو بكر القادي ، عمارة 4 شقة 6 ، سيدى معروف

Résidences NAIM, Bd Abou Bakr El Kadiri, Immeuble 4, appt 6, Sidi Maarouf

Tél. : 05 22 58 19 56 - E-mail : boutayna.azifi@gmail.com