

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

37382

Déclaration de Maladie : N° P19- 0019304

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01918 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NAJIM ARDÉGEL Date de naissance : 17/12/1952

Adresse :

Tél. : 06 400 800 75 Total des frais engagés : 860,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/07/2025	860,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
05533411	11133550

(Création, remont, adjonction)

الدكتور عبد الله مامو

Docteur Abdellah MAMOU

NEURO - PSYCHIATRE
 D.U. D'Angers
 en expertise médicale
 Ex. attaché des Hôpitaux de paris
 Médecin Expert auprès des Tribunaux



اختصاصي في الأمراض العقلية و النفسانية
 حائز من جامعة أنجيه على دبلوم
 الخبرة الطبية
 ملحق سابق بمستشفيات باريس
 طبيب محلف لدى المحاكم

Casablanca, le

3 07 20

دار البيضاء في

7- نسخة لـ Dr. A. Mamou

~~PHARMACIE AHMIDA
 Rue 1100 Complexe Commercia
 Sidi Maârouf - Casablanca
 Tél: 0522 33 55 87 - 00 03 30 93 14
 Fax: 0522 33 55 87 - 00 03 30 93 14~~

~~Depakote~~

~~PHARMACIE AHMIDA
 Rue 1100 Complexe Commercia
 Sidi Maârouf - Casablanca
 Tél: 0522 33 55 87 - 00 03 30 93 14
 Fax: 0048370000083~~

LOT : 030
 PER : JUL 2022
 PPV : 291 DH 00

LOT : 030
 PER : JUL 2022
 PPV : 291 DH 00

~~Teavigepin 100~~

~~1/2~~

~~Teavigepin~~

~~1/2 c/c~~

NOZINAN 25 MG
 CP PEL SEC B20
 P.P.V : 16DH20
 PER : 04 2024
 101 : 9600188
 6 118000 060475

NOZINAN 25 MG
 CP PEL SEC B20
 P.P.V : 16DH20
 PER : 04 2024
 101 : 9600188
 6 118000 060475

Durée de Traitement

R.D.V. le

~~PHARMACIE AH
 Rue 1100 Complexe Commercia
 Sidi Maârouf - Casablanca
 Tél: 0522 33 55 87 - 00 03 30 93 14
 ICF: 0048370000083~~

819^o Isopropide N.

PPV (DH):
Lot N°:
Ul. Av.:

LOT : KA92742
PER : 07-2021
PPV : 81,90DH

3 x
20
3
2
~~PHARMACIE AHMIDA~~
Rue 1100 Complexe Commercial
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 0522 33 55 82 - 0522 33 55 83
ICF: 000499 - 000083
860110

PPV (DH):
Lot N°:
Ul. Av.:

LOT : KA92742
PER : 07-2021
PPV : 81,90DH

PPV (DH):
Lot N°:
Ul. Av.:

LOT : KA92742
PER : 07-2021
PPV : 81,90DH

~~Dr. Abdellah MAMOU~~
~~Neuro-psychiatre~~
~~38, Bd Rachid - Casablanca~~
~~Tél: 05 22 76 00 10~~

~~PHARMACIE AHMIDA~~
Rue 1100 Complexe Commercial
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 0522 33 55 82 - 0522 33 55 83
ICF: 000499 - 000083