

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.

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.



37382

Déclaration de Maladie : N° P19-0019304

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01518 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJIM ABOU EL KAD Date de naissance : 17/12/1982

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 : Age :

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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

03/07/20

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

A M

P C

I M

I V

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 :

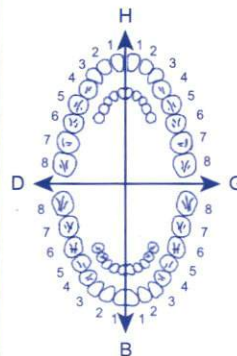
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

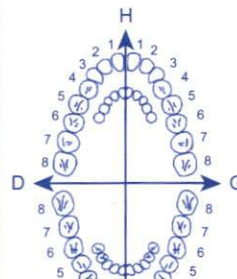
Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS



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 أنجي على دبلوم
الخبرة الطبية
ملحق سابق بمستشفيات باريس
طبيب محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 3.07.20 الدار البيضاء في

7- Nafin ph 1/2

PHARMACIE AHMIDA
Rue 1100 Complexe Commercial
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522 33 55 87 - 06 61 16 40 45
ICE: 000483700000083
PER: 04 2024

Depakot C
1/2

PHARMACIE AHMIDA
Rue 1100 Complexe Commercial
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522 33 55 87 - 06 61 16 40 45
ICE: 000483700000083
PER: 04 2024

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

Levige pin 1/2

nozin 1/2

LOT: 9M008
PER: 04 2024
NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V.: 16DH20
118000 060475

LOT: 19E001
PER: 06 2024
NOZINAN 25 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V.: 16DH20
118000 060475

Durée de Traitement 1.0m

R.D.V. le

PHARMACIE AHMIDA
Rue 1100 Complexe Commercial
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522 33 55 87 - 06 61 16 40 45
ICE: 000483700000083
PER: 06 2024

819° Isperide L.

3
no
PHARMACIE AHMIDA
Rue 1100 Complexe Commercial
Sidi Maarouf - Casablanca
Tel: 0522 33 55 87 - 06 03 30 93 14
ICE: 000487701000083

860/10

Dr. Abdellah ZAMOU
Neuro - Psychiatre
38, Bd. Elachidi - Casablanca
Tel: 05 22 47 60 00 / 10

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

PPV (DH):
Lot N°:
Ul. Av.:
LOT: KA92742
PER: 07-2021
PPV: 81,90DH

PHARMACIE AHMIDA
Rue 1100 Complexe Commercial
Sidi Maarouf - Casablanca
Tel: 0522 33 55 87 - 06 03 30 93 14
ICE: 000487701000083