

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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 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.



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0042074

34518

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2 503 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KAMALI MOHAMMED

Date de naissance :

Adresse : El Attadlaoui Rue 14 n° 3 el oulf

Tél. 05 22 89 42 01 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 / 06 / 2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : letard progressiste - Tétraparalysie

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) : [Signature]

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
11.06.20	C ₃ EFG	300 HT + 900 HT	300 HT + 900 HT	Dr. Ali OUDOUKH Professeur Ali OUROURIEN Neurochirurgien Zemé étagé N°6, Angle rue Attar Casablanca 21300, Maroc Tél : 05 22 21 30 - Fax : 05 22 21 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'EXCELENCE	11.05.20	T. 189.00

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Dental chart showing upper and lower arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points left				



CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK

NEUROCHIRURGIEN

البروفيسور علي أبو خليق

جراحة الدماغ والعمود الفقري

Casablanca, le : 11.6.20

M^E KAMAL, Rd

N° 23817

Pristal 0.15

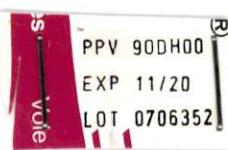
le 11/06/2020

X 3 mes

90100 X 2

ne ne

T: 180,00



Professeur Ali OUBOUKHLIK
NEUROCHIRURGIEN
15 Rue la Lande, 2^{ème} étage N°6, Angle rue Amyot, Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA
(Prés de l'Hôpital 20 août) - Tél : 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 31 - E-mail : ouboukhlik12@gmail.com

EN CAS D'URGENCE : 06 61 14 21 50



CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK N° 0001718

NOM & PRENOM : KAMALI MOHAMMED

NATURE DES SOINS : C + EEG

DATE DES SOINS : 11.06.2020

MONTANT : 300DH + 900DH = 1200DH

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN :

الدكتور علي أبو خليفة
Professeur Ali OUBOUKHLIK
NEUROCHIRURGIEN
Au 2^{me} étage N°6, Angle rue Amyot
Casablanca (près de l'hôpital 20 Août)
05 22 86 21 30 / 31

5 RUE LA LANDE , 2^{ème} ETAGE N°6 , ANGLE RUE AMYOT , QUARTIER DES HOPITAUX CASABLANCA

TEL : 05 22 86 21 30 – FAX : 05 22 86 21 31 - EN CAS D'URGENCE : 06 61 14 21 50