

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.

rmacie :

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.



LR1151

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011787

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3305 Société : RAD

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUAFI HASSAN Date de naissance : 09/07/61

Adresse : Lot Hira n°9 CALIFORNIE QUARTIER

Tél. : 0667456027 Total des frais engagés : 1103,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/09/2020

Nom et prénom du malade : BOUAFI HASSAN Age : 59

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA, Dyslipidémie

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 : AGPRMCA Le : 10/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

BOUAFI

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
10-09-2020	C3		300,-	 Dr. Makhlof Professeur Gregoire Tel: 0522-298155 Med. Abdo

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/09/2020	903,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	
CEA 101 M. Bégin Rue Kondiaronk Appartement 101 Residence Nazareth	2007/09/16 21/04/2010	Anciens soins de soins de Rééducatrice en orthopédie du poce	100\$

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 de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates the 16-cell lattice in a 4D coordinate system. The axes are labeled H (top), D (left), G (right), and B (bottom). The lattice points are represented by small circles, with labels indicating their coordinates along the axes. The points are arranged in a symmetric pattern, forming a cube-like structure in 4D space.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

PPV: 84DH80
 PER: 05/23
 LOT: J1596

PPV 84DH80
 PER 11/22
 LOT 12588-2

Casablanca, le 10 Septembre 2020

Mr El Hassan BOUAFI

sg = 763,20
 1 - PREZAR 50 mg
 2 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN
 x2 = 140,00
 2 - CIVASTINE 10 mg :
 1 CP LE SOIR TOUS 2 J SANS ARRET
 70,00



Traitement pour 04 mois

0903 20

Dr. EL MAKHLOUF Ali
 Professeur Agrégé Cardiologue
 5 Rue Med. Abdouh - Casa
 Tél: 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

PPV 84DH80
 PER 11/22
 LOT 12588-2

PPV 84DH80
 PER 11/22
 LOT 12587

PPV 84DH80
 PER 11/22
 LOT 12587

PPV 84DH80
 PER 11/22
 LOT 12586

PPV: 70DH00
 PER: 11/21
 LOT: I2680

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
 EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU:**

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83

PPV 84DH80
 PER 10/22
 LOT 12492

PPV: 84DH80
 PER: 05/23
 LOT: J1595