

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.

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.

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 064476

ND 4474

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M KHANTAR, FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06.61.60.9791 Total des frais engagés : 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) : 

ACCUEIL

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution												
		<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			D	H	00000000	25533412	00000000	00000000	35533411	21433552	00000000	00000000	00000000	11433553
D	H															
00000000	25533412															
00000000	00000000															
35533411	21433552															
00000000	00000000															
00000000	11433553															

Signature et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution	
--	--	--	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle <i>Cachet MUPRAS</i>
DECLARATION N°	P 14 / 0031434	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1678	
Nom & Prénom		M KHANTAR - FATNA	
Fonction	Retraitee	Phones	0661609721
Signature de l'adhérent			
MEDECIN	Prénom du patient M KHANTAR - FATNA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 75 ans
Nature de la maladie		Date 31/08/2020	
Tremble de chevelure		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		—	150,00
Rue 65 N°53, 2 ^{ème} Echage Prince Ettaouine H. Hassani - Casablanca Tél.: 0522 90 98 07		Docteur Omar BENNOUNA Médecine Générale	
PHARMACIE		Date 31-08-2020	
Montant de la facture		150,60	
PHARMACIE EL JAOUI Dr. JAOUI Bouchra Rue 22 N° 100 Casablanca Tél: 0522 39 91 24		Signature	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Docteur Omar BENNOUNA

Médecine Générale
Echographiste

Diplômé d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier, France

Ex. Médecin des F.A.R
Attestation de DIU

الدكتور عمر بنونة

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى
من كلية الطب بموللي بفرنسا
طبيب سابق في القواة المسلحة الملكية
شهادة في وضع اللولب - العملية الصغيرة

Casablanca, le 31/08/20

MKHANTAR FATAIA



ETE de 3 mois

114,10 x 2
196,20

crestor 5mg

1cp/2 le soir



201,00

Doflom 1000

1cp/2

PHARMACIE EL JAOUI
Dr. JAOUI - Bouchra
Rue 22 N° 53, 2^{ème} Etage, El Hana
Casablanca
Tél.: 0522 39 91 24

59,50

ENnoune a



1cp/2 x 3 '2

160,60 x 2

ESmuc long



144,50

1cp/2 le matin

1150,60

Docteur Omar BENNOUNA
Médecine Générale
Rue 65 N° 53, 2^{ème} Etage Passage Prince
Ettaâouine H. Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 98 07

زنقة 65، رقم 53. الطابق الثاني. ممر برانس. التعاون. الحي الحسني. الدار البيضاء. الهاتف العيادة : 05 22 90 98 07
Rue 65 - N° 53, 2^{ème} Etage - Passage Prince - Ettaâouine - Hay Hassani - Casablanca - Tél. Cabinet : 05 22 90 98 07

En cas d'Urgences : 06 64 04 38 25 في حالة الإستعجال :

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 196,20 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH
6 118001 183104

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH
6 118001 183104

Durée d'utilisation

Une fois le flacon entamé, il doit être utilisé dans le mois suivant son ouverture.*

LLT 055589/FC12
09/2022 PPC 59,50

160,60

160,60

144,50