

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.

Pathologie 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 canaux, 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 canaux.

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- 045703

☐ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAN 50641

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KERDOUN MOHAMMED

Date de naissance : 12-06-63

Adresse : KERDOUN 9 @ GMAIL COM

Tél : 0661193876 Total des frais engagés : 637,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/12/20

Nom et prénom du malade : KERDOUN ZAKARIA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : ALD - diabète

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 : Casablanca Le : 06/12/2020

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
02/12/2020	150M	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/12/2020	487,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

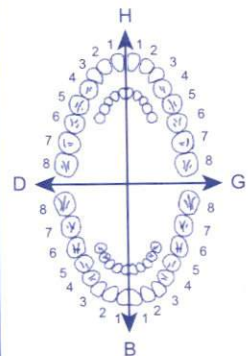
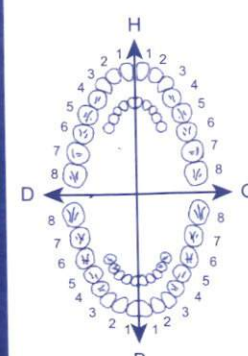
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>B</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

Dr Khalid **BOUHAÏK**

Lauréat de la Faculté de
Médecine de Casablanca
Médecine Générale
Les Urgences
ECHOGRAPHIE • ECG
Oxygénothérapie



الدكتور خالد بوحايك

خريج كلية الطب بالدار البيضاء.

الطب العام • المستعجلات • الفحص بالصدى

تخطيط القلب • أوكسجين

Casablanca, le

02 / 12 / 2020

الدار البيضاء في

Khalid BOUHAÏK
Médecine Générale
32, Allée des Muriers
Ain Sebba - Casablanca
Tél.: 05 22 35 06 75 • GSM: 06 62 12 61 36

S.V

15 EA 1000 2 AK 1000

27,50

PHARMACIE
LALAMI SA
Dr. Khalid Bouhaïk
Place de l'Abderrahmane
Ain Sebba - Casablanca
Tél.: 05 22 35 06 75 • GSM: 06 62 12 61 36

27,50

196,50 x 2 = 393

S.V

196,50
LOT: 05020010
PER: 04/2023
PPV: 196.50DH

66,80

LOT: M20069
EXP: FEB 2024
PPV: 66,80 DH

S.V

196,50
LOT: 05020010
PER: 04/2023
PPV: 196.50DH

487,30

PHARMACIE
LALAMI SA
Dr. Khalid Bouhaïk
Place de l'Abderrahmane
Ain Sebba - Casablanca
Tél.: 05 22 35 06 75 • GSM: 06 62 12 61 36

06 62 12 61 36 : الهاتف المنقول • 06 62 12 61 36 : الهاتف المنقول
32, Allée des Muriers Ain Sebba - Casablanca. Tél.: 05 22 35 06 75 • GSM : 06 62 12 61 36