

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.

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.



ND: 51495

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008022

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03631 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A. JADID Abdellatif Date de naissance : 30/06/1960

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1000 + 9720 + 13170 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/01/2020

Nom et prénom du malade : Jadiidi lalla S. Age: 53 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFFECTATION

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un caractère 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/01/2020

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
12/11/20	C.S	1	150.00	

PHARMACIE EXECUTION DES ORDONNANCES

Reçu du Pharmacien ou du Fournisseur Dr. Ali BADRY	Date	Montant de la Facture
326, Lot 20190 CASABLANCA MA-20190 CASABLANCA Tél/Fax: 05.22.89.05.00 www.ph20.ma	12/11/20	97.30
		
PHARMACIE H20	12/11/20	131.10

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

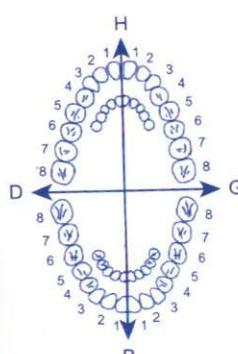
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

- Certificat de Gynécologie Médicale
- Certificat de Diabétologie et Nutrition
- Echographie



شهادة في أمراض النساء

شهادة في مرض السكري و التغذية

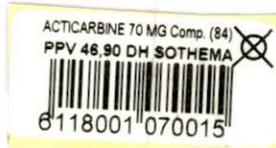
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 10 / 11 / 2022 الدار البيضاء, في :

ORDONNANCE

M JADIDI ZALLA SAADI A

46.90



① Acticarbine 46.90

14/3/1

110,-

(i.s)

80,40

② Plastazote 80,40

14/3/1

107

LOT: M0387
PER : 07/2023
PPV : 50.40 DH

DR. HAYAT OUARIT
Médecin Généraliste
Rés. Soufiane Imm A2 N°1 RDC
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél : 05 22 97 36 55

شارع إقامة شيماء، إقامة سفيان عمارة A'2 رقم 1 الطابق السفلي - سيدى معروف - الدار البيضاء

Boulevard Résidence Chaimaa, Résidence Soufiane Imm A'2 N°1 RDC - Sidi Maârouf- Casablanca

الهاتف : 05 22 97 36 55

Dr Hayat OUARIT

Médecine Générale

Certificat de Gynécologie Médicale

Certificat de Diabétologie et Nutrition

Echographie



الدكتورة حياة وارث

الطب العام

شهادة في أمراض النساء

شهادة في مرض السكري و التغذية

الفحص بالصدى

الدار البيضاء، في : ٢٤ / ١١ / ٢٠٢٢

ORDONNANCE

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E27
EXP: 05/2023

49.60

H- JADID AL ALKA SARINA

15

① D'une flé 100.000 mg a

lourde

LOT 200701
EXP 02/2022
PPV 82.10DH

49.60

1 mois

100ml

② 200 g 20 g

15

1141

49.60

11.60

Dr. HAYAT OUARIT
Médecine Générale
Résidence Chaïmaa, Résidence Soufiane Imm A'2 N°1 RDC
Tel. 05 22 97 36 55

شارع إقامة شيماء، إقامة سفيان عماره A'2 رقم 1 الطابق السفلي - سيدى معروف - الدار البيضاء

Boulevard Résidence Chaïmaa, Résidence Soufiane Imm A'2 N°1 RDC - Sidi Maârouf- Casablanca

الهاتف : 05 22 97 36 55