

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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-

045395

Optique

52109

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3161

Société : 2AM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUJTAHID ABDELAZIZ

Date de naissance : 14/05/1955

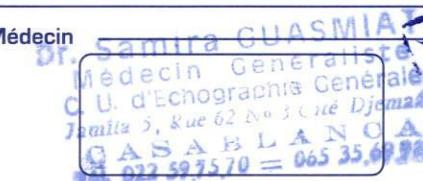
Adresse : SITE Djemaa Rue 131 N° 09 Fennia La 5

CASABLANCA

Télé : 066.172.65.66 Total des frais engagés : 0 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/12/2020

Nom et prénom du malade : Mme MOUJTAHID Age : 65

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA + DM

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 : 07/12/2020
Signature de l'adhérent(e) : AB

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
07/12/20	C	1	120 DH	Dr. Samira Général d'chein C.U. 5, K. Paula A.S. 065 35.6992

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
P<small>HARMACIE SBATA</small> TAZI RAFIAA 250, Bd Sakkia Al Hamra CASABLANCA Tel: 0522 37 19 15 - IF: 49628100 SS: 1579088-ICE: 001632349000079 Mat: 072052562 - Pat: 37426728	07.12.2020	1137.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

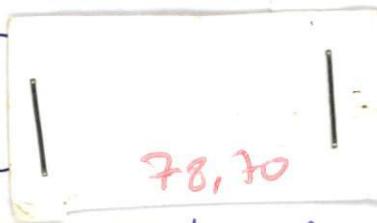
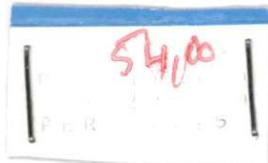
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Samira GUASMIATE
OMNIPRATICIENNE
C.U.Echographie générale
ICE N° 001716682000066

Casablanca , le 07/12/20



NOM ET PRENOM:

M. ABDESSAHID Abderrahim

330,00 x 2 u)

Gel 50/1000 g.

78,70 x 2

2)

40g x 2 / j x 2 mois.

54,00 x 2

3)

100ml x 240° f

117,20

4)

150 mg 11 x 2 mois

44,80

4)

150 mg 11 x 3 / A.J. 2010

1137,40

PHARMACIE SBA
TAZI RAFIAA
259, Bd Sakkia Al Hamra
CASABLANCA
37 19 15 - IF: 49628100
ICE: 001632349000074
Pai: 37426120
tel: 0522 022 37 19 15
CNSS: 15
INPE: 0

54,00

Dr. San
Mede
C. U. &
Jamila
022 37 19 15

Sotema
L. Tazi, Pharmacien Resp.
CARBOSYLANE - 24 doses
PPV 44.80 DH



6118001070386



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH