

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.

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.

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.

ladie 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- 059346

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 741

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraite

Nom & Prénom :

CHAOUKI Mohamed

Date de naissance :

01.01.1942

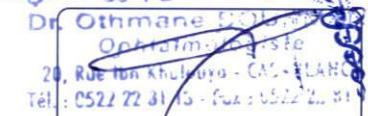
Adresse :

IMAI 20 NO 4 HAY MOUBARA EL QADS

RENNOUSSI - CASA

Tél. : 0652712716 Total des frais engagés : 254,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

26/11/2020

Nom et prénom du malade :

CHAOUKI Mohamed Age: 78

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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 : 22/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES.

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Sachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/11/2020	Contrôle	1	Gratuit	20, Rue Jean Malaurie - CS 10001 63100 Clermont-Ferrand - Tél : 04 73 22 61 13 - Fax : 04 73 22 81 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Pharmacie RIAD AL DAWOOD 10 Bis Bd Zénab Casablanca 05 22 13 27 91</i>	<i>26/11/92</i>		<i>25 h. 70</i>

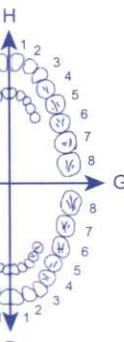
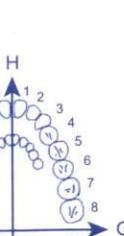
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
D 00000000	G 00000000			MONTANTS DES SOINS
35533411	11433553			DATE DU DEVIS
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

Docteur Othmane BOURMANI

OPHTALMOLOGISTE

LASER ET ANGIOGRAPHIE

LENTILLES DE CONTACT

CHIRURGIE DES YEUX

20, rue Ibn Khalouya, angle rue de Madrid
Mers Sultan – Casablanca

0522 22 81 13 - 0522 22 81 14

INPE : 091166520 ICE : 001700106000060

الدكتور عثمان بورمانى

اختصاصي في امراض و جراحة العيون

الليزر و تصوير أوعية الشبكية

العدسات اللاصقة

جراحة العيون

زنقة ابن خلوية - زاوية زنقة مدرب
مرس السلطان - الدار البيضاء

0522 22 81 13 - 0522 22 81 14

Monsieur CHAOUKI Mohamed :

8690x3

CARTEOL L.P 2 % collyre

1 goutte, le matin, à heure fixe, dans les deux yeux, pendant 3 mois
3 boites

+++ TRAITEMENT RENOUVELABLE +++

++++ NE PAS ARRETER SANS AVIS MEDICAL ++++



Pharmacie RIAD AL QODS
310 Bis, Cr. Zenitha 4
Hay Al Qods - Casablanca
Tél : 05 22 73 21 11

الدكتور عثمان بورمانى
Dr. Othmane BOURMANI
Ophtalmologiste

20, Rue Ibn Khalouya - CASABLANCA
Tél. : 0522 22 81 13 - Fax : 0522 22 81 14

CARTEOL L.P 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
PPV 84.90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
LOT/عيار: H5589
FAB/نر الإنتاج: 02-2020
EXP/نر الإنتهاء: 01-2022

CARTEOL L.P 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
PPV 84.90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
LOT/عيار: H5589
FAB/نر الإنتاج: 02-2020
EXP/نر الإنتهاء: 01-2022