

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.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Diagnostique 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.

Maladie :

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- 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 : Ima 20 NO 4 HAY Moubara el gods
Benkoudsi - CASA
Tél : 0652752716 Total des frais engagés : 254 Jours Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Othmane
Ophthalmologiste
20, RUE Ibn Khaldoun - CAS - EL ANASSER
Tél : 0522 72 31 75 - Fax : 0522 72 31 74

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) :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Pharmacie RIAD AL QODS Dr. Zenab A. Al Qods 05 22 78 21 91 Casablanca</p>	26/11/2020		256,70

[illegible]

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													
					MONTANTS DES SOINS												
					DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th>B</th> <th></th> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	G															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS													
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
			DATE DU DEVIS														


Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

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 بورماني

اختصاصي في امراض و جراحة العيون

الليزر وتصوير أوعية الشبكية

العدسات اللاصقة

جراحة العيون

20, زفقة ابن خلوية - زاوية زفقة مدريد

مرس السلطان - الدار البيضاء

☎ 0522 22 81 13 • ☎ 0522 22 81 14

Casablanca **jeudi 26 novembre 2020**

Monsieur CHAOUKI Mohamed :

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml

ZENITH PHARMA
PPV : 84.90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/عبارة H5589
FAB/تاريخ الإنتاج 02-2020
EXP/تاريخ الانتهاء 01-2022

CARTEOL L.P 2 % collyre

1 goutte, le matin, à heure fixe, dans les deux yeux, pendant 9 mois
3 boites

+++ TRAITEMENT RENOUVELABLE +++

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

Pharmacie RIAD AL QODS
310 Bis, Cr. Zennata 4
Hay Al Qods - Casablanca
Tel : 05 22 73 21 71

الدكتور عثمان بورماني
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/عبارة H5589
FAB/تاريخ الإنتاج 02-2020
EXP/تاريخ الانتهاء 01-2022

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml

ZENITH PHARMA
PPV : 84.90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/عبارة H5589
FAB/تاريخ الإنتاج 02-2020
EXP/تاريخ الانتهاء 01-2022