

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.

Biologie 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.

Education :

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.

caire :

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.

die 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- 058641

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3565

Société :

RAY

57697

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DADI 885

Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0667123422

Total des frais engagés : 1901,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/11/2020

Nom et prénom du malade : DADI 885 / SOFIANE Age: 33 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

NPSY (Psychosis, non-familiale)

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 : 21/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>AC El Fax : 06 81 60 Fax : 06 81 60</i>	02/11/2020	1401,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 radioographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

Docteur Fouad LYOUBI

Spécialiste Diplômé de la
Faculté de Médecine de Marseille - France

MALADIES DU SYSTEME NERVEUX
C.E.S. Psychiatre Adultes & Enfants

C.E.S. Médecine Légale et Expertises Médicales
Diplômé en Electro-encéphalographie Clinique



الدكتور فؤاد اليوبي

طبيب اختصاصي حائز على دبلوم أمراض
الرأس والأعصاب من كلية الطب بمرسيليا - فرنسا

طبيب نفساني وشرعي

فحص الدماغ بالتحفيظ الإلكتروني

DADISSI Soufiane

11/11/2010
035900 #
0115912020 (81,00 x n)

1/ Prisdal 2 mg cp
1 cp soir SAUF SAMEDI & DIMANCHE

(81,00 x 7)

2/ Alpraz 1 mg cp
½ cp au couche

وصفة لمدة 4 أشهر
01/11/2010
036000

11/10/2010
035987 #
astec

01/11/2010
036011 #
11/11

En cas d'INSOMNIE : prendre 1 cp Alpraz 1 mg

11/10/2010
035987 #
11/11

11/11
036159 #
06/11/2010

En cas de besoin (agitation), donner :

1 cp Prisdal 2 mg
+
1 cp Alpraz 1 mg

11/11
036165 #
06/11/2010

دكتور فؤاد اليوبي
أمين الرأس والأعصاب
Dr. Fouad LYOUBI
Maladies du Système Nerveux
196, Av. Mers Sultan - CASA
Tél : 05 22 26 18 00 / 01

T = 140,90

PHARMACIE Ahmed Ali
Dr. A. EL JOURADI
Sidi Maârouf-Casablanca
TÉL/FAX : 05 22 97 32 16
GSM : 05 61 00 64 88

11/10/2010
036485 #
11/11

05 22 26 18 00 / 01 شارع مرس السلطان - إقامة الخنساء - الدار البيضاء - الهاتف:

196, Av. Mers Sultan - Résidence Khansaa - Casablanca - Tél.: 05 22 26 18 00 / 01

LOT 200601 1
EXP 03 2023
PPV 35.70

35,70



LOT 200803 1
EXP 03 2023
PPV 35.70

35,70



LOT 192474 1
EXP 11 2022
PPV 35.70

35,70



LOT 200600 2
EXP 03 2023
PPV 35.70

35,70



LOT 202276 1
EXP 10 2023
PPV 35.70

35,70



LOT 202276 1
EXP 10 2023
PPV 35.70

35,70



AL® LOT:0001308
EXP:02/2023
PPV:288DH00



AL® LOT:0001308
EXP:02/2023
PPV:288DH00



LOT 200803 1
EXP 03 2023
PPV 35.70

35,70



AL® LOT:0001308
EXP:02/2023
PPV:288DH00



AL® LOT:0001310
EXP:02/2023
PPV:288DH00

