

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.

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.

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- 060283

5896 Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUUGGARI

RADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661200384

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ATLASI Hammadi

NEPHROLOGUE

Bd. 9 Avril Quartier Palmier - Casablanca

Tel: 05 22 99 49 92 - 05 22 23 38 35/36

Fax: 05 22 99 49 93

Date de consultation : 04/02/2021

Nom et prénom du malade : ZOUUGGARI Radia

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

TRACT + Anémie Sévère

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 : 04/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
04/01/2011	cl	Gratuit		 Docteur ATASSI Hammadi NEPHROLOGUE Bd. 9 Avril Quartier Palmier - Casablanca Tél: 05 22 99 49 92 - 05 22 23 38 35/36 Fax: 05 22 99 49 93

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie du Jardinier 35 av. de la Palmeraie 90100 Dijon Tél. 03 80 25 32 05 e-mail : dijonneur@gmail.com</i>	07/01/21	1.90.100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICALS

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

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

مركز الكلية الألاظطناعية ابن سينا

Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Hammadi ATLASSI

Spécialiste des maladies des Reins

Diplômé de la Faculté
de Médecine de Marseille

INP : 091013912



الدكتور جمال الدين الأطلاسي

الكلى فى أمراض اختصاصى

خريج كلية الطب بمارسيليا

Casablanca, le

Casablanca, le quatorze octobre

^{mc} ZengGARi RadiS.



Long | 15' 8" ss.
Docteur A. T. B.
11

Docteur ATASSI Hamidé
NEPHROLOGUE
80, 9 Avril Quartier palmier - Casablanca
Tél: 05 22 99 49 92 - 05 22 23 38 35 / 05 22 99 49 83
Fax: 05 22 99 49 83



Angle Bd. du 9 Avril et Rue Mansard, Quartier Palmier. Casablanca

Tél : 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92- Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hammadiatlassi@gmail.com

222 23 38 35 / 38 - 03 22 35 45 32 • FAX : 001635336000037
• LE : 01086653 • Patente : 34721662 • C.N.S.S. : 1247049 • ICE : 001635336000037