

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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.

Dentaire :

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° M20- 0003984

59472

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9785 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Sillare Mohamed

Date de naissance :

Adresse : LOT ENOUR RUE 11 N° 10 oufia casa

Tél. : 0661915342 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/02/2021

Nom et prénom du malade : IBN RAKKANE Aicha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Aggrégation Dermatologique

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
8/12/2021	C	0	350 DH	N° INR 180570 Dr. KHALID YAHIA DERMATOLOGIST Angle Bd. Sidi Abdellah et Bd. Abdelhadi Boulaouane Casa Tel: 052 90 04 1150
	S			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/22	554,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

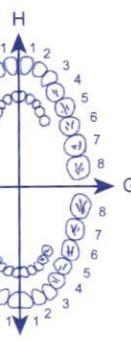
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS



إختصاصي

في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles

Casablanca, le 08/02/2021

الدار البيضاء، في

LIPIKAR
SURGRAS

MME IBN RAKKANE AICHA

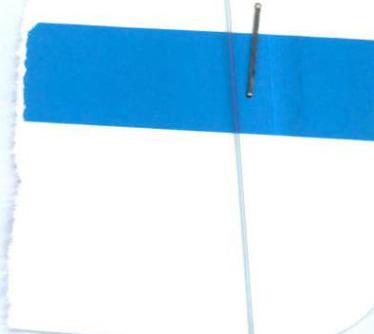
CHEVEUX

40,00

-DERMOVAL GEL



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 40,00 DH
ID: 646142
5 118000 181301



2 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

1 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

1 JOUR SUR 2 PDT 10 JOURS

CORPS

99,00 -SAVON PAIN SURGRAS ROCHE POSAY



LAVER ET RINCIER

40,00 -EFFICORT HYDROPHILE



2 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

1 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

1 JOUR SUR 2 PDT 10 JOURS

LOT: 0053
EXP: AUT 2021
PPV: 40,50 DH

61,00 -CLARTEC CP



1 CP LE MATIN PDT 2 MOIS

63,00 -ZYRTEC CP



1 GR. SOIR PDT 2 MOIS

Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATO-VENEREOLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdelhadi Boutaleb
Casab. Tél. 0522 90 04 17

63,00

63,00

63,00

63,00

زاوية شارع سيدى عبد الرحمن وشارع عبد الهادى بوطالب، الطابق الثانى رقم 7 الحى الحسنى - الدار البيضاء

هاتف العيادة الثالث: 05 22 90 04 17 - تل: 05 22 90 19 35 - الهاتف/fax: 05 22 90 04 17

Code Postal : 20.230 - E-mail : cabinet.drlam@gmail.com - GSM cabinet : 06 69 88 00 05