

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

ditions 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.

tique :

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.

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

Nº P19- 046578

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 714 Société : 60544

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : S.KALI FAROUK

Date de naissance : 1946

Adresse : Résidence EL HAMDA - FARAH SALAM CNSN

Tél. 0644.28.29.98 Total des frais engagés : 349,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/11/2011

Nom et prénom du malade : EL HAMDA FAROUK Age : 72

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie

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 : 10/02/2011

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
10/09/2022	CS		250,00€	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="color: red; transform: rotate(-15deg);">Pharmacie Al Azhar El Dam</p> <p>Tel: 05 22 91 17 18</p> <p>Reçu Ordinance</p> <p>Ref: 614470</p>	10/01/2021	32.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 d...

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES COINCS

DATE DU
DEVIS

Sara MJAHD NAJID
ématologue Vénérologue

Médecin Spécialiste en Maladie
et Chirurgie de peau , Cheveux et Ongles
- Maladies sexuellement Transmissibles
- Médecine Esthétique et Anti-âge



الدكتورة سارة امجاحد نجيد
الأمراض الجلدية و التنايسية
- طبية أخصائية في أمراض و جراحة الجلد
الشعر و الأظافر
- الأمراض المنقلة جنسيا
- طب التجميل

10/02/2022

El Alaoui Bahija

17,40

1)

Dermoval Crème

Sapp & 1/5 sur le
poultice unguiculé
post op

75,00

2)

Elastoplast S.P.

Sapp & 1/5

Pharmacie Al Azhar Essalam
Tél: 05 22 40 17 18
Pour Ordonnance

Tensoplast®

6 cm x 2.5 m HB

طريق الأول رقم 2 فرح السلام - الألفة - الدار البيضاء

Résidence Al Hamd Imm. D 1er Etage N°2 Farah Essalam

Tél.: 05 22 91 08 97 - GSM : 07 62 76 93 20

E-mail : dr.sara.mjahed@gmail.com

