

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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.

aladie 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 M21- 0018754

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 51.18 Société : 61.960

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENABDELKRAM EL FILALI SAMIR

Date de naissance : 15/6/1960

Adresse :

Tél. 0669650503 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  

Date de consultation : 05/02/2021

Nom et prénom du malade : KENZY MOUIM Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie aux médicaments

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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) : _____

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
2018-01-01	Consultation	1	5000	DR. RABAH KOLI
				Embossed Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ADDIAR 16-18 RUE 3 Addiar Al-Jaïd Souscr. Kaso-022	09/02/21	388,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

BEDEVÉ 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

PROTEGEES DENTAIRES																			
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553	
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D																			
00000000																			
35533411																			
B																			
11433553																			
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			
<p>MONTANTS DES SOINS</p>																			
<p>DATE DU DEVIS</p>																			

(Création, remont, adjonction)



H. Benzi Hélém

Casablanca le 05/02/2024

PHARMACIE ADDIAR
 16-18 Rue 3 Addiar Al Jadida
 Tel: 022-50.75.19

25,00 - Las 2x1 40
 39,80 - e 10
 94,00 - Hydoflex 18/02/21-912
 - Lep 23T
 - vegetam chaufant 10
 - Sepp 20T

388,80

PHARMACIE ADDIAR
 16-18 Rue 3 Addiar Al Jadida
 Tel: 022-50.75.19

Dr. RAJI Lamia
NEUROLOGUE
 Examen des Fonctions des EEG
 Examen des Fonctions des EMG

119 شارع عبد المؤمن - إقامة ماري روزي الطابق الأول رقم 11 - الدار البيضاء

119 Bd Abdelmoumen - Propriété Marie Rose 1^{er} étage - N° 11 - Casablanca

الهاتف: Tél.: 05 22 49 25 55 - 06 60 11 11 50

Lot:

200411

Per:

03 2022

PPV: 255DH00

A20012118/00

Amitriptyl...

PPV: 39DH80

PER: 12/23

LOT: J3548

Laroxyl® 40 mg/ml

Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



6118001040407

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00