

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.

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

Nº P19- 066907

66287

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOA ABIZI Mohamed

Date de naissance : 04/09/1966

Adresse : Bd MASSAANI lot SANIA 30 Mohamed

Tél. : 0666717372 Total des frais engagés : 1191,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KADRI Mohamed 44 Ans Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Douleur thoracique et intervention chirurgicale

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 : 12/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
31/01/01	Consultation		300,00 DH	M. HASSAN Driss MBS, FRCP, Cardiologue et Interventionnel Chirurgie Cardo-Vasculaire et Interventionnelle Moroccan Heart Institute Casablanca Tél : 051119685 Fax : 0522850011

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PONT BLONDOIN Dr. LALI KOURBAA Plage Tiba 249 bis C.R. El Mansouria Ben Slimane - Tel./Fax : 05 23 30 30 18 Mohammadia 5704 - Patente N° 39941500 ICE : 000416675000029	<u>23/01/2021</u>	<u>181,20</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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

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		H	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	25533412 00000000	21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS
	G	00000000 35533411	00000000 11433553	DATE DU DEVIS
	B			
		[Création, remont, adjonction]		
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		



المعهد المغربي لأمراض وجراحة القلب
Moroccan Heart Institute

780, Impasse MODIBO KEITA - Casablanca 20520
Tél.: 05 22 85 00 11 / 12 / 13 - Fax : 05 22 83 85 00
ICE : 00185909000033 - Patente : 34753457 - I.F. : 14421718 - CNSS : 9697866

Le: 23/01/2021

M^{me} KARAMI .HAKIMA

99. دو

1) Magmine 1cp/1

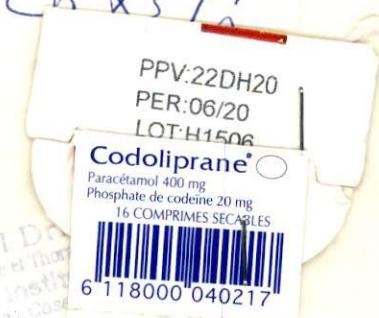


22. 23

2) Codoliprane 1Cn X 3 / i.



121.20



PHARMACIE PONT BLONDIN
Dr. LALI KOUBA
Pleje Tiba 248 Bis C.P. El Mansouria
Casablanca - Tel./Fax: 05 23 30 30 18
ICE: 000416675000029

