

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

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.

cique :

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 M20- 0008399

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3148 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUNAIN Abdellah

Date de naissance :

11/12/54

Adresse :

4 Rue TUR GOT, CASA

Tél. : 0664859997

Total des frais engagés : 694,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :

Dr. N. BOUSFIHA
MEDECIN ADDICTOLOGUE
CASABLANCA

Date de consultation :

14/05/2021

Nom et prénom du malade :

BOUNAIN Abdellah Age : 1954

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Thyroidopathie

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.

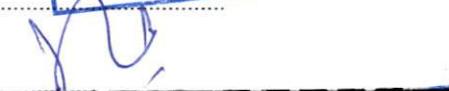


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casab

Le : 14/05/2021

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
14/05/24	Actes	1	694.80	Dr. N. DOUSFIHA MEDECIN AUZETOLOGUE CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ABDO LAHLOU NABIL KH 13 Place Oued El-Makhzen Casablanca 0522.21.38.49	14 or 2024	694.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

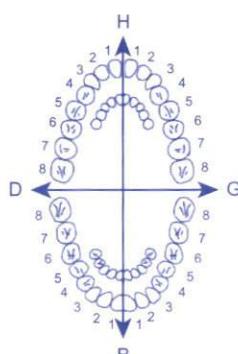
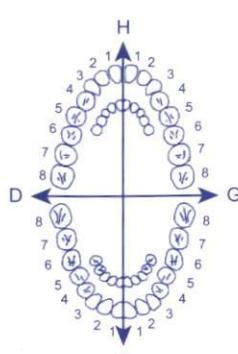
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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	21433552 00000000	G 35533411 11433553	B
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



6 118001 102020
Levthyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Ordonnance

7862160342



6 118001 102020
Levthyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levthyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Le: 6/14/05/21

ABDELILAH

S.V

14930 XS

N° 4.

1

0 - 0

16 min

97.20

- Coeur 50

N.S

Ne 4 X

24.40

1

0 - 0

14 min

694.80



6 118001 102020
Levthyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

N. BOUSFIHA
DECIN ADDICTOLOGUE
CASABLANCA

PHARMACIE D'ANEA
LAFLOU NABIL KHALID
15, Place Oued El-Makhazine
des 3 Rois (ex. Place de Verdine)
Tél.: 0522.27.38.49 - Casablanca

149,30

149,30

149,30

149,30