

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

Conditions 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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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° W19-573994

74583

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 8196 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


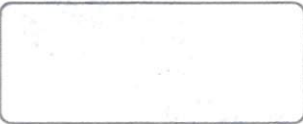
Nom & Prénom : IDBIHI LATIFA

Date de naissance : 02/03/1966

Adresse :

Tél. : 2335 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  

Date de consultation : 11/05/2021

Nom et prénom du malade : IDBIHI LATIFA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : RGO, colapex, Rhinite

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) : 

[illegible]

INP: 091218578

<p>Pharmacie de la Découverte Lot. Al Moustakhal - Sidi M'assoul 2913243 - Fax 0522973243 Casablanca</p>	<p>EXECUTION DES ORDONNANCES</p>	<p>Montant de la Facture</p>
<p>Chef de Pharmacie ou du Fournisseur</p>	<p>AGENCE DE LA DECOUVERTE Lot. 1029 - Sidi M'assoul - Casablanca 2913243 - Fax 0522973243 Casablanca</p>	<p>350.00</p>

Montant de la Facture

350.00

[illegible]

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

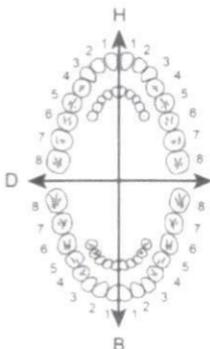
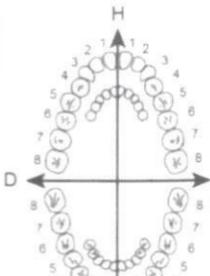
Nombre		
A M	P C	I M

Montant détaillé des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan d'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 																					
<div style="margin-bottom: 10px;"> O.D.F PROTHESES DENTAIRES </div> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 																					
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
				DATE DU DEVIS 																					

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 canaux, ainsi que le bilan d

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge is represented by a semi-circular arch with a central pier at the top. The arch is divided into segments by piers. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the central pier and moving outwards. The spans between the piers are numbered 1 through 7 on both sides. The bridge is shown in a perspective view, with a horizontal line representing the ground level and a vertical line representing the central axis. The arch is supported by a series of piers, with the central pier being the largest and most prominent. The spans are represented by the curved segments of the arch between the piers. The diagram is labeled with 'H' at the top and 'D' on the left side.

Docteur EL ATOUANI Hind

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca



الدكتورة العطواني هند

الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 12/05/2021 في الدار البيضاء،

Dr LATIFA IDH

144.50

Zangor (Santé de N)

زنگور

46.00

Digestive

هضمي

46,00 ⇒

69.00

Actalab

أكتالاب

90.50

Xyzall

آيزال

350.00

90,50 ⇒

LOT 200001
EXP 10/2021

COOPER PHARMA

PPV: 144.50 DH

PHARMACIE DE LA
Lot. Al Moustakbal
Máarr
23. Fa
Ro
Tel

LOT: 200308
DLUO: 09/2023
69,0004

LOT 202362
EXP 10/2024
PPV 90.50

6) Flex arm

split / narrow IT

