

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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Pathologie 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° M21- 0006606

2402

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 261 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : ZYTRAHY Hennakha
Date de naissance : 1.1.1949
Adresse : N° 3 Rue ZHOR Sidi Bouzid
Tél. : 06.62.32.60.22 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/07/21

Nom et prénom du malade : M. BATHIR BENNANNA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Asthme

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
22/4/21	5		300	Dr BATH RABY RADIOPATHOLOGY A. Radiostatic Dentist

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAC M. NI Mo Koen Bouk	22/4/21	2025,40

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Dental arch diagram showing teeth numbered 1 to 8 on both upper and lower arches, with a central vertical line and arrows pointing to H (top), G (right), and B (bottom).				

DOCTEUR SAÏD RAMY**Spécialiste**

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont

Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux

de France

Enseignant à la haute Ecole

de Kinésithérapie (H.E.K)

Rhumatalogue

Maladie des Os, Articulations, Muscles et

Colonnes vertébrales

Radiologie Osseuse

**الدكتور سعيد للراسي****(اختصاصي**

خريج كلية الطب بتليرموث فرنسا

طبيب ماهر سابق بمستشفيات فرنسا

أستاذ بالجامعة العليا

للترويضي الطبي

لأمراض الروماتيزم

الضمام العاصل، المضلاط

العمود الفقري والرجل

المجمع بالأشعة

Casablanca, le 22/4/21

1^{er} BAHAR Agoranta

249,00 x 3

⇒ ARTIMAX : 47,00

51,50 x 8

⇒ Deflazacort 6 mg : 412,00

144,30 x 3

⇒ ISOX 200 : 432,90

144,50 x 3

⇒ ESAC 20 : 433,50

2025-03

ARTIMAX 45 comprimésLOT: 202009/FC7
PER: 07/2023 PPC: 249,00
6711255 010720LOT: 202009/FC7
PER: 07/2023 PPC: 249,00ISOX® 200 mg
Céfécoxib
20 gélulesISOX® 200 mg
CéfécoxibISOX® 200 mg
Céfécoxib

ESAC® 20 mg

ESAC® 20 mg

ESAC® 20 mg

Lot: RJ1111A
Per: 07/2024
PPV: 51DH50Lot: RJ1111A
Per: 07/2024
PPV: 51DH50