

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 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 mois.

- Adresses Mails utiles
- Réclamation
- Prise en charge
- Adhésion

Document de l'assurance
Renseignement des données



Déclaration de Maladie

N° W19-457486

82979

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 8033

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FARIS LOUBNA

Date de naissance :

08/01/1965

Adresse :

74 des villas Anfa 3 Dan Banazza

Tél. :

0661465506 Total des frais engagés : 824,600 DHS - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFESS
Medecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Ben Zarara - 3^e Etage
Maârif - Casablanca
Tél. : 022.98.80.71 / 061.41.17.27

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Louhana Faris

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Syndrome Dépressif + obéopathie

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 :

Le 04/10/2011

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28.6.21 | C | 1 | 20000 | INP : 05/07/2021 Dr Ouzael GUESSOUS KRAFESS Médecine Générale - Echographie 8, Rue Assaad Bnou Zarara, 3 ^e Etage Maârif - Casablanca |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|---------------------|------|---------------------|
| Code du Pharmacien | Date | Motif de la Facture |
| Code du Fournisseur | | |

ANALYSES - RADIOPHOTOS

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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'ORL.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|---|--|------------------|-------------|---|
|  | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | |
| | 00000000 | 00000000 | | |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

Dr. Ouafae Guessous Krafess



الدكتورة وفاء غسوس كرافيس

Cabinet Médecine Générale

Echographie

Expertise Médicale - Diabétologie

Psychologie Médicale

عيادة الطب العام

الفحص بالصدى

الخبرة الطبية - مرض السكري

التشخيص النفسي الطبي

الدار البيضاء، في : 21.06.28
Casablanca, le 28.06.21

Pharmacie OULAD JARRAR
Dakar, Villa 22, 29 08 03 - CASABLANCA
Tél. 0522 29 08 03 - Casablanca

Lobeline Fast

40,50

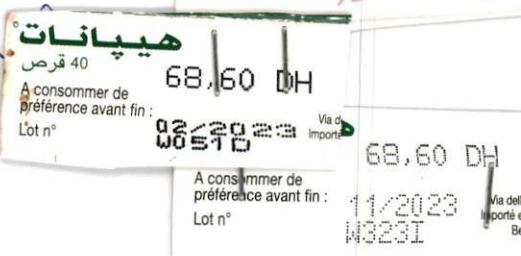
1) Reves d'oseille 30,60 x 2 l.gel. x 3 / 5 sans refas x 15 / 5



2) Nalgesc 168,20 1cp x 3 / 5 sans refas



Augerentin 68,60 x 2 l.gel. x 2 / 5



4) hepomat (2) 2x100 1cp x 3 / 5

5) Alivier 50

98,30

1cp x 3 / 5 sans refas x 15 / 5

Athymil 30 98,30

lepr. lepros. x 10 / 5 sans refas

Alprazolam 30,50

35,70

1/2 0 1 x 10 / 5

0 0 1 x 10 / 5

Stilnox 20mg 56,60

2 ne pas renouveler
sans ordonnance

1cp le dom 62,41

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFESS
Medecine Générale Echographie
8, Rue Assaad Bnou Zarara Maârif - Casablanca

P.P.V: 168,20 DH
LOT: 645196
PER: 05/22

LOT: 2103617
EXP: 02/2024
P.P.V: 35,70
35,70

LOT: 111009
EXP: 11/2024
P.P.V: 56DH60
56DH60
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
6 118000 061465