

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule 03309

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ahmedane Bouloud

Date de naissance :

Adresse :

Imanou El Rue 5, n° 18

Tél. 096780470

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/08/2011

Nom et prénom du malade : Abdelkader Souda

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gonocystite

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 : / /

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
1608621	Chirurgie	x 1	150 D + 050 D 200 D	
	+ satielle			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/08/91	784.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

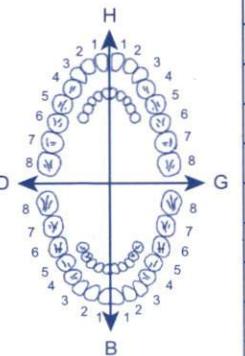
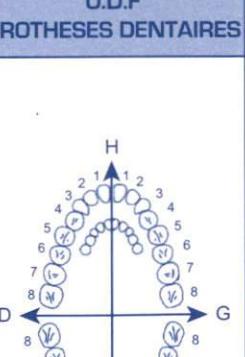
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
																																					
																																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																																	
<table border="1" style="margin-bottom: 10px;"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <table border="1" style="margin-bottom: 10px;"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<table border="1" style="margin-bottom: 10px;"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552																																			
D	00000000	00000000																																			
B	00000000	00000000																																			
G	35533411	11433553																																			
H	25533412	21433552																																			
D	00000000	00000000																																			
B	00000000	00000000																																			
G	35533411	11433553																																			
H	25533412	21433552																																			
D	00000000	00000000																																			
B	00000000	00000000																																			
G	35533411	11433553																																			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
				MONTANTS DES SOINS																																	
				DATE DU DEVIS																																	

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

Docteur Asmâa GOURJA

Médecine Générale
Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Saturomètre,
Suivi de grossesse
Gynécologie Femmes,
Hommes et Enfants



الدكتورة أسماء، كثورة

الطب العام
الفحص بالصدى
تخطيط القلب
الإشباع بالأوكسجين
متابعة العمل
طب النساء، الرجال
والأطفال

Nom du Patient: _____ Casablanca le: 16/08/2021

Aït Beloussi seïda

1) Isotone 20 mg f (81) 40,00
3 f 1x1g pd 05g
2 f 1x1g pd 05g
17000 2) ofi Ken 200 mg (81) 40,00
1 f 2x1g pd 05g
20800 3) TAVA 500mg f (81) 500,00
1 f 1x1g pd 05g
4) fitoneax (81) si 100 7990
1 f 3x1g pd 05g

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
P.P.V : 205,00 DH

6118001 080830

Lot : 200892
À consommer
avant le : 01/2024
P.P.C : 79,90 DH

المكتب السككي تور سيدى مسعود، مدخل رقم C عمارة رقم 8، طابق السفلي شقة رقم 1 - الدار البيضاء
Complexe Résidence Taouzaz Sidi Massaoud, Entrée N° C, Imm N° 8 - RDC Appt N° 1 -Casablanca
Tél.: 05 22 50 50 32 - GSM : 06 74 68 87 68 / Email : doctourgourjaasmae@aliy.fr

42,80 DH
Lot: 22032021D
Per: 03-2024
ESNAPHARM
Laboratoire
Osteo, effaçage... nos priorités

5) taxi 20 mètres

42,80

16 x 1 g fermeté

(SV)

6) osteo cane 6

108,60

16 x 1 g les



7) D. cane Amp Bida

56,30

4 Amp 1x1 sem

PPV: 56,30 DH
LOT: 21A05D
EXP: 01/2023

8) oriz 20 mg fil

814,00

1 fil 2 x 1 g retiroz

(SV)

784,00

Pharmacie BAHJA
FICHTALI Naima
Rue 135, Bd Benchechd, Ain Chock
Casablanca - R.C. 10350
P: 34006365 - T: 34006350
Fax: 34006350



814,00