

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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° M21- 1052505

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2118 Société : 83541

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TALLABI AHMED

Date de naissance : 11/11/1999

Adresse : AL Khayzana Ext n° 185 casablanca

Tél. : 0672180134 Total des frais engagés : 36750 F Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/01/2021

Nom et prénom du malade : TALLABI Ahmed Age:

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent :

Le : 14/01/2021

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
14/07/21	Q	15024		MEDECIN ET CHAFAK Fouad Bd Oued Nour Rue 69 N° 4 Oultra Tél: 0522 90 31 65

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SIDI BOUZID Grande Rue Casablanca Tél: 0522 90 31 65	14/07/21	217,50

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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
		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

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				Coefficient des Travaux												
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS												
<table border="0"> <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></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	DATE DU DEVIS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

خبير محلل لدى المحاكم

خريج جامعة مونبليي 1

الفحص بالصدى

Casablanca, le :

14/07/11
TARABI Ahmed

157,00

- levator sign (15 to 16)
IV x , Avar 4 -

36,60

- colsten sign
29,5 cm

23,90

- Polyc
Colp 2

T = 217,50

~~PHARMACIE SOUFLANE~~
GROUPE 3 - Casablanca
TEL: 0522 90 51 65
TARABI 0522 90 51 65
N.C.E: 0522 90 51 65

~~MEDECIN EXPERT~~
Dr. CHAFIK Fouad
Ad OUD OUM Errabi
Rue 69 n°4 Oulfa
Tel: 0522 90 51 65

LEVAMOX® 1g 16 COMPRIMES
EFFERVESCENTS

PPV 157DH00
LOT 0N0262
EXP 02/2023

LOT:558
PER:10/23
PPV:23.90DH

الله
LOT : 419
PER : AUT 2022
PPV : 36 DH 80