

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

diologie 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.

cique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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- 0052910

85915

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 319 Société : AT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : REZIKI JILALI

Date de naissance : 17-06-41

Adresse : 3 RUE 3 HAY CHEM S

0522368408 CASABLANCA

Tél. 0690025111 Total des frais engagés : 633,36 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/09/2021

Nom et prénom du malade : Hadjira ESSAOUI, Age : 45 ans

Lien de parenté : Mère Fille Conjoint

Nature de la maladie : Affect Enfant

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

Le : 27/09/21

Signature de l'adhérent(e) :

Réuss le 28/09/2021.

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
27/03/2021	controle			Dr. Oman BEN Hépatol. Gastro. Proctologie M.C par Bachir Chafa N Hassani, Casab - Tel: 05 22 98 13 00

OUANE
bogus
ES
achet et signature du
testant le **Paiement d**

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/01/21	633,30

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
25533411	11432552

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	
		$\begin{array}{c c} \text{H} & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline \text{D} & \text{G} \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline \text{B} & \end{array}$	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS

Docteur Omer BENREDOUANE

الدكتور عمر بن رضوان

Spécialiste Des Maladies de l'Appareil Digestif (Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes)



إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(المعدة، الكبد، الأمعاء و البواسير)

التشخيص بالمنظار الداخلي

أمراض و جراحة المخرج

الفحص بالصدى

Vidéo-Endoscopie Digestive

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Echographie

Casablanca, le : 27-03-2021

HADJIE Essortz

(154)

$$\cancel{N} = 223.2$$

3. **SUMMER MELT** **MILAD** **MELIC** **ABDERA** **CILIA**
4. **SEASIDE SIGHTS** **MILAD** **MELIC** **ABDERA** **CILIA**
5. **SEASIDE SIGHTS** **MILAD** **MELIC** **ABDERA** **CILIA**

Dr. Omar BENREDOUANE
Hépato - Gastro - Entérologue
Proctologue Médical et Chirurgicale
Lot Baraka 4H 6 A 75 Apt 6 RDC
Tel: 06 22 00 00 91

Lot: DS05/21
DLG: 05/2024

P.P.C : 109.00 DH

جزئية البركة م 6 عمارة 75 الطابق السفلي ش 6 الحبيبي
Tél : 05 22 90 93 93 - الهاتف: urgences: 06 63 61 37 41

PPV
LOT
PER

28,20

PPV
LOT
PER

28,20