

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 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° W21-616736

85998

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8267

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AZIZ BOUKHARI

Date de naissance :

06-03-68

Adresse :

221-03 N° 115 N° 115 Casablanca

0661 227 333

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور عبد الكافي بشريبي
Dr. CHRAÏBI Abdellkarim
OTORHINOLARYNGOLOGUE
319, Rue Mostapha ElMaani Casablanca
Tél: 0522 29 44 28 / 0661 31 20 30

Date de consultation :

12/02/2021

Nom et prénom du malade :

Boukhari 4 hi

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Conjoint

Nature de la maladie :

AFT

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.

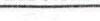
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 12/02/2021

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
01 AOUT 2021				INP :  الدكتور عبد الكاريم شراحيل Dr. CHRAIBI Abdelkarim OTORHINOLARYNGOLOGUE 319, Rue Mostapha El Massaoui - Casablanca Tél: 0522 29 44 29 - 061 31 20 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE GREENWAY Dr. Maria AZEMAR Centre Commercial Casablanca Hart - Bourcifoura - 101 - 2 Casablanca - Maroc	09/07/2021	858,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	<input type="checkbox"/>		35533411	11433553	B	00000000	00000000	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																
00000000	00000000	00000000																
<input type="checkbox"/>		35533411	11433553															
B	00000000	00000000	G															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

CABINET MÉDICAL DE GROUPE : DERMATO - ORL

Dr. CHRAIBI Abdelkarim

Spécialiste en
Otorhinolaryngologie
et Chirurgie Cervico-faciale

Diplômé de la Faculté de
Médecine de Lyon
Ex-attaché des Hôpitaux de Lyon
Ex-ORL des polycliniques de la C.N.S.S.

Tél.: 05 22 29 44 29 - 05 22 22 46 07

GSM: 06 61 31 20 30

Sur Rendez-vous



الدكتور شرایبی عبد الكريم

إختصاصي في أمراض وجراحة الأنف - الأذن - الحنجرة - العنق

خريج سابق كلية بمستشفيات ليون
طبيب سابق بمصحات الضمان الاجتماعي

الهاتف: 0522294429 - 0522224607

المحمول: GSM: 06 61 31 20 30

بالموعد

الدار البيضاء، في : Casablanca, le :

319 زنقة مصطفى المعانى (زنقة أكادير) - الدار البيضاء

319, Rue Mustapha El Maâni (Angle Rue d'Agadir) - Casablanca

Apixol®

Adultes

Solution buvable

AUX EXTRAITS
DE PROPOLIS ET D'ÉCHINACÉE

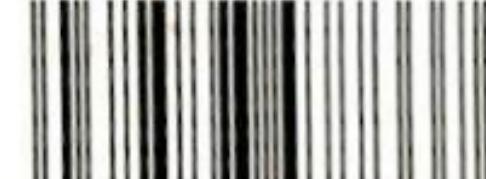
- Apaise les voies respiratoires
- Adoucit la gorge

Goût pomme - miel



200 ml e

Pharmalife RESEARCH



8 032578 477337

Lot: 200891

À consommer 01/2024

avant le: 01/2024

PPC: 79,00 DH

Ubiprox

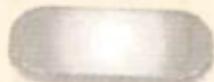
500mg

Ciprofloxacine

LOT: M0439

PER : 11/2022

PPU: 92.50 DH



Antibiotique à large spectre
voie orale .

20

comprimés pelliculés

Laboratoires Deva Pharmaceutique

J.OUAJDI Pharmacien Responsable

146-147 Zone Industrielle Tit Mellil, Casablanca

Fluibron® 0,3%

Ambroxol

38,80

