

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVÉR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

Biologie 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
Nº M21- 0059451
87160

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1091 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DINA BENHAR

Date de naissance : 9-3-57

Adresse : 64, Rue Tmazza Al Anzarane

Tél. : 0662 373031 Total des frais engagés : 480,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELOADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif
Tél: 05 22 23 84 84
05 22 98 14 61

Date de consultation : 02 SEP 2021

Nom et prénom du malade : BELGNAÏD DINA 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

Le : 21/3/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

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
02 SEP. 2021	a		250	Dr. BELAOADI Faouzi Spécialiste O.R.L. 119, Bd Bir Anzarane - Maârif Tél: 05 22 23 84 84 05 22 98 14 61

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LES ARCADES 3, Rue Rudeau, 75019 Paris - France Tél: 01 43 50 20 20 - Fax: 01 43 50 20 21	02-09-2021	Montant de la Facture PHARMACIE LES ARCADES 3, Rue Rudeau, 75019 Paris - France - Code Postal : 75019 Tél: 01 43 50 20 20 - Fax: 01 43 50 20 21 - E-mail: info@pharmacie-les-arcades.com Montant de la Facture : 10917,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

PPV
LOT
PER
41,80
Imp

Lot: 113345
Fab: 04-2020
Exp: 03-2021

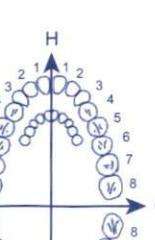
EFFIPRED® 20 mg
PPV 58DH40*
EXP 05/2024
LOT 14034 E

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
		H	
		25533412 00000000	21433552 00000000
D		00000000 35533411	00000000 11433553
		B	G
			
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- NEZ – GORGE – OREILLE
- Chirurgie Cervico – Maxillo – Faciale
- Vertige Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي

اختصاصي في أمراض الأذن الأنف
والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
وتقدير الدوار والصمك والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للفطس
والرياضات المائية

CASABLANCA LE

02/09/2021

Madame BELGNAOUI Dina

163,40

MONO ZECLAR 500 BOITE DE 10

2 comprimés par jour en une seule prise pendant 5 jours

58,40 EFFIPRED 20 mg

3 comprimés le matin dans un demi verre d'eau pendant 6 je

73,40 ERLUS 5mg BOITE DE 30

1 comprimé par jour au moment ou en dehors des repas pena

185,00 SAFLU 250

2 inhalations matin et soir

LCT: GBC0855

PER: 05/2023

PPV: 185 DH 00

Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L
119, Bd Bir Anzarane - Maârif
Tél : 05 22 23 84 84
05 22 98 14 67

