

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-657676

9395

87618

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 9395

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NASSI

Hicham

Date de naissance :

13/11/1967

Adresse :

Flue 11 Appart 2^e étage HAY EL MERS CASABLANCA

Tél. :

06 66 35 17 49

Total des frais engagés :

632,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Faïla BENNOUINA
Médecine Générale, Echographie
Nutrition
7, RDC Rue 11 Mly. Thami M... Casablanca - Tél.: 05 22 93

Cachet du médecin :

Date de consultation :

08/10/2021

Nom et prénom du malade :

NASSI Hicham

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

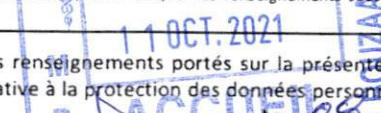
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
08/10/2021	L		150 Dhs	INP : 1091023162 Dr. Saida BEN NOUAR Médecine Générale Echographie Anesthésie

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. TIR Abdellaziz CHAMALIET OUDIA ROUTE MILY Thalbi Hay Hassan TE 0522 9021 67 Casablanca	16/01/80	482, - Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.															
<p>SOINS DENTAIRES</p>	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"/>											
	<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	G												
		25533412 00000000	21433552 00000000												
		D	G												
00000000 35533411		00000000 11433553													
B		B													
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



الدكتورة ليلى بنونة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغدية

تخسيس الوزن بالات متخصصة

Casablanca le :

08/10/21

الدار البيضاء في :

160,90DH

IR PHI 300

145

SV

NASSA
Hicham

Male
coupe

482,10

Dr. *Laila BENNOUNA*
Médecine Gén. Echographie
Nutrition
7, RDC Rue 11 M.V. - Moulay Mazola
Casablanca - Tel.: 0522.93.31.72

58, Route My Thami Hay Hassan
DR. TIR Abdellaziz
PHARMACIE POLYCLINIQUE

7, الطابق السفلي، زنقة 11، مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tél.: 05.22.93.31.72

E-mail : docteur.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000053