

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS.

soins généraux :

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.

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.

Médecine 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.

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.

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- 0037211

88136

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3082 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HATTAB EL IBRAHIMI Fatima

Date de naissance : 30/12/1960

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/07/2021

Nom et prénom du malade : DR. A.E. EL KHALIDY, Résidence Les Fleurs, 59 Bd Zerkouri - Casa

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Age: _____

Nature de la maladie : Epilepsie

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 : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

13 OCT. 2021

A. AAFIA



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien, ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie HAY BOUCHAREB Dr. Doinne BOUDEGGE 10, L'Assouan - Casablanca Sidi Maârouf - Casablanca Tél : 05 22 22 44	31/08/2021	496,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

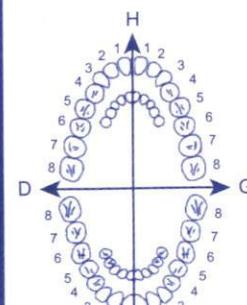
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maître Assistant
 au CHU Ibn Rochd - Casablanca

" Résidence les Fleurs "
 59. Bd. Zerkouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63
 05 22 27 91 37

Casablanca, le :

31.08.2021

الدكتور الخالدي احمد فريد

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابق بالمركز الصحي الجامعي
 ابن رشد بالبيضاء

«إقامة الزهور»

59. شارع الزرقطوني - الدار البيضاء

05 22 20 19 63 }
 05 22 27 91 37 }
 الهاتف



أ. El Hattas
 لـ بـ
 فـ

82,70 x 6

①

Tegud 2 kg/s S.V.
 $1\frac{1}{2} \times 2 \text{ l}$

S.V.

(2)

Ursay 1'
 15 ~

T = 496,20

on the 4 day

J. A. F. EL KHALIDY
 NEUROLOGUE
 Résidence Les Fleurs
 59. Bd. Zerkouni - Casablanca





6 118001 030347
○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable

Novartis
PPV : 82,70 DH



6 118001 030347
○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable

Novartis
PPV : 82,70 DH



6 118001 030347
○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 93,00 DH



6 118001 030347
○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 93,00 DH



6 118001 030347
○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé

Novartis
PPV : 82,70 DH



6 118001 030347
○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable

Novartis
PPV : 82,70 DH



6 118001 030347
○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable

Novartis
PPV : 82,70 DH