

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° W21-655922

88518

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 130 90	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL Nekkach Bach			
Date de naissance : 06/02/1992			
Adresse : 7, rue Ahmed Chabâb, Rn. Noureddy B, app 8, Vel. Larouci			
Tél. : 0639855526 Total des frais engagés : 2960 Dhs			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	Age:
<input type="checkbox"/> lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> 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 : **Casa Blanca** Le : **15/10/2022**

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
20/01/2011	CD	300	300	INP : 091023432
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Commissaire	Date	Montant de la Facture
	18/9/21	260,00

ANALYSES - RADIOPHOTOS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	04/10/2021					# 3100,00 # SDI funds

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

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA



مصحة العيون
للدرار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



PT210928155042

Casablancale :
28 septembre 2021

Mr. EL MEDIANI Badr

180.00 x 2

HYFRESH

PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOUJI Amina
Dar Bouazza Ouled Jerrar BP 93
Tél. : 0522 29 61 74 - Dar Bouazza

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

260,00

PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOUJI Amina
Dar Bouazza Ouled Jerrar BP 93
Tél. : 0522 29 61 74 - Dar Bouazza



Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057



Casablanca le : 28/09/21

BON DE REGLEMENT

Reçu de M.

La somme de : TROIS Cent Dirhams
300.00 DHS

Pour : CONSULTATION

Cachet et signature

Urgence 24/24



Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



PT210928155042

Casablanca le :
28 septembre 2021

Mr. EL MEDIANI Badr

Monture + verres correcteurs
Organiques Antireflets

OD = - 2.00

OG = - 2.00 (- 0.50 à 175°)



Urgence 24/24



optique Plazza

Mr EL MEDIANI BADR

Date Facture: 04/10/2021

Facture N°: CB01-10-2021

Mutuelle: MUPRAS



DESIGNATION	QUANTITE	P.U HT	TOTAL HT
Une monture optique	1	416.67	416.67
Verres organiques unifocaux multicouches amincis	2	791.67	1 583.33
			2 000.00
TVA 20%			400.00
TOTAL TTC			2 400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **DEUX MILLE QUATRE
CENTS DIRHAMS.**

Adresse: 26, Rue Normandie, Résidence Triangle D'Or, Quartier Racine 20060 Casablanca
Tel: +212 5 22 398159 – Email: optique.plazza@gmail.com
RC: 335583 – Identifiant Fiscal: 15283367 – Patente: 35793963 – CNSS: 4608701

