

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ndiologie 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.

ptique :

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° P19- 052218

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5672 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

88897

Nom & Prénom :

EL SAFI Tounis

Date de naissance :

10/12/1955

Adresse :

935, 201 YACOUB el Mansour

.....

Ap 1

B. 2

Tél: 060.13.21.37 Total des frais engagés : 911dh 100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/10/2021

Nom et prénom du malade : EL SAFI Tounis 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
28/01/2021	CS		3000 Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'ORLÉAISNE LA RAKHASSI STIBER - CS 62100 123 BD JEAN DE LA FONTAINE 0522 36 75 51	28/09/2011	6.14,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalai(s), ainsi que le bilan de

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

DOCTEUR ADNANE BELAQSIR

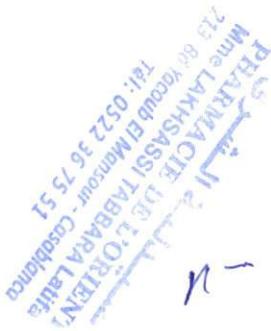
Neurochirurgien
Diplômé de l'Université de Victor
Segalen de Bordeaux - FRANCE



مصحة الجهاز العصبي

الدكتور عدنان بلقاسم

اختصاصي جراحة الدماغ والأعصاب
و العمود الفقري
خريج كلية الطب ببوردو - فرنسا



n° EL SAFI Touria

100,00 x 3

D-sten



30 jours

53,10 x 3

RECALEX 50 mg

plus 20 jours

63,80 x 2

Bi-profen 100 mg IP

plus 20 jours

oels 20 g

plus 20 h

614,10



RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
LOT : 21E002
PER : 12/2023
P.P.V : 53DH10
6 118000 060833



RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
LOT : 21E002
PER : 12/2023
P.P.V : 53DH10
6 118000 060833

Site Web : www.neuroclinique.com

Angle rue l'Isère et Rue N° 2, Quartier Bagatelle - Polo - Casablanca Tél : 05 22 82 11 11(L.G)

Fax : 05 22 85 21 84 - Gsm : 06 00 85 39 86 (en cas d'urgence)

Email : adnanebelaqsir@hotmail.com

6



20 Comprimés sécables
Bi-profenid LP 100 mg



• 30 °C à 30 °C.

A conserver à une température inférieure ou égale à 30°C.

• 30 °C à 30 °C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

• 30 °C à 30 °C.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

C - 30 °C à 30 °C.

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU C

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Bi-Profenid LP 100 mg

65,90



6



20 Comprimés sécables
Bi-profenid LP 100 mg



• 30 °C à 30 °C.

A conserver à une température inférieure ou égale à 30°C.

• 30 °C à 30 °C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

• 30 °C à 30 °C.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

C - 30 °C à 30 °C.

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU C

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Bi-Profenid LP 100 mg

65,90

