

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

rmacie :

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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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- 0055536

Maladie *ADOLE*

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4726

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benkhalid El Ghazi Itmed

Date de naissance : 25/12/1959

Adresse : 104 Rue Rachid Nekkach - Agadir

Tél. : 0663722706 Total des frais engagés : 888,60 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/09/2021

Nom et prénom du malade : F. El Ghazi Age :

Lien de parenté :

Même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Allergique

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 : Agadir

Le : 14/09/2021

Signature de l'adhérent(e) : R. El Ghazi

RELEVE DES FRAIS ET HA BRAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/09/2021		2	€ 350,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE DU LYCEE CASA SARL AU N° 20 bis Rue de la Réunion - CASA Tel : 05 22 29 47 67 TICE : 001689088000047</p>	14/09/21	542,63

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

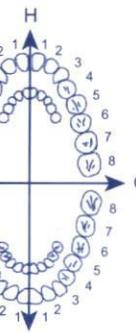
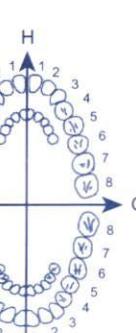
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

Docteur NAJI Nawel-Sophie

الدكتورة نجي نوال صوفي

Immuno-allergologue

Asthme, eczéma de contact

Rhino-conjonctivites allergiques

Allergies alimentaires et médicamenteuses

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Ancienne assistante des hôpitaux de Bordeaux



الخصاصية في أمراض الحساسية
مرض الربو - كزيمة
حساسية الأنف و العين
الحساسية الغذائية و الدوائية

خريجة جامعة الطب ببوردو
طبيبة أخصائية مستشفيات بوردو سابقا

الاستشارات بالمأمور

Consultations sur rendez-vous



le 14/09/2021

Ftshi - Linda

218,00

S.V

1 b x 2/j — 1 mois

~~SECRETIDE 250 spray~~

S.V

91,50

~~ZANDRYL ep~~

1 ep/j — 1 mois

96,80

S.V

~~RESPIMER NECHflav~~

1 Sachet / 240mL eau tiède — 1 flacon

①

Matin & Soir

(+)

115,00

S.V

~~AVAMYS Spray~~

1 pulv x 2/j pot 7/18
puis 1/j — 21 jours

22,30

S.V

~~KETODERM crème~~

1 application x 2/j pot 21 jours — 1 flacon

+
~~TONX ou DERMOFIX poudre~~

2 fl

48, Rue SOCRATE (Niveau stade d'honneur, face CNSS)

Maârif extension - Casablanca - Tél./Fax : 0522 99 07 80 - 0619 29 17 30

548,60

DRNAJ

PER. 03/2024

KETODERM 2%
CREME T 10G



P.P.V : 27DH30

Barcode

6 118000 010920

09/2026

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 115,00 DH
ID: 645670
6 118001 142262

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 218,00 DH
ID: 646310
6 118001 141876