

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

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.

Optique :

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

Education :

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.

Caïre :

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- 064572

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4828

Société : 102240

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAKIB

Méd

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0668453439

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/01/2022

Nom et prénom du malade : CHAKIB Mohammed

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DTESIADA - EPOCAID

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) :

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
15/01/22	CT		G	
19/01/22	CS		250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/01/22	1521,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DU CHAMAKI Abdelaziz	15/01/2022	B 390	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'état de la dent.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system is overlaid with H at the top, G to the right, D to the left, and B at the bottom. Arrows indicate the direction of the coordinate axes				

Docteur Lamiaa HALLAB

**Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques**
Diabète, Pompes à insuline, CGMS, Thyroïde, Hypophyse
Surrénales, Retard de Croissance, Retard Pubertaire....
Echographie Thyroïdienne et Générale
Nutrition et prise en Charge de l'Obésité



الدكتورة لمياء حلب
أخصائية في علم الفحوصات
أمراض السكري، التغذية وأمراض الأيض
السكري مضخة الأنسولين، الغدة الدرقية، الغدة النخامية
الفدة الكظرية، تأخر النمو، البلوغ المتأخر.....
الفحص بالصدى
التغذية وعلاج السمنة

Casablanca, le

19.01.2022

Mr CHAKIB Mohamed

1 ODIA 4 MG

pas de 1 cp le matin, avant le repas, pendant 3 mois.

2 GALVUS MET 50/1000

1 cp à midi et le soir, au cours du repas, pendant 3 mois.

3 BIPRETERAX 5 mg/1,25 mg cp pellic : 1Pilul/30

~~1 cp le matin, après le repas, pendant 3 mois.~~

4 D CURE FORTE 100000

1 amp/MOIS pdt 3 MOIS

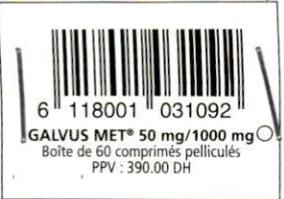
5 JUVATONUS

1 GEL le matin, pendant 1 mois

Docteur Lamiaa HALLAEB
meis SOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
Chabab C2A Bd Hassan Baamrani
Imm. F4, 1^{er} Etage Appt. N°5 Am Sebaa
Casablanca - Tél.: 05 29 76 76 91

تاریخ الفحص غير قابل للتغيير

Sur Rendez-vous بالموعد



125,60

125,60

125,60

PPV: 49,60 DH
LOT: 21I16
EXP: 09/2024

