

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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, chirurgie 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.

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.

et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La mention de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6



112399

Déclaration de Maladie : N° P19-0007121

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07187 Société : NAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

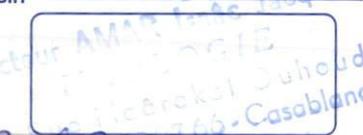
Nom & Prénom : ARIAS F. MASTARA Date de naissance : 07/01/59

Adresse : 3 DE GENIE AL MANSOURA Argana

Tél. : 0661336911 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/3/22

Nom et prénom du malade : ARIAS F. MASTARA Age :
(Handwritten signature of the patient, ARRIAS F. MASTARA, is overlaid on the text)

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ARIAS F. MASTARA

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
19.3.22	C2		300.- Dh	Docteur AMAR LICKARSKY UNO 223 100. Casablanca
23.03.22	C1		100.- Dh	Docteur AMAR LICKARSKY UNO 223 100. Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL YOSSR Hanane EL MALEH - Pharmacienne et Takourante Sidi Ali Ben Hamouda - 19 emmour - Rabat - Maroc - Far Casa Tél: 05 23 37 64 20	23/03/22	149.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

DATE DI

Docteur AMAR Isaac Jacques

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier
UROLOGIE
CHIRURGIE DES VOIES
URINAIRES
(Reins - Vessie - Prostate)
Explorations et Traitements
Endoscopiques
LITHOTÉRIE EXTRACORPÉLLE
STERILITÉ MASCULINE
CIRCONCISION

9, Rue Maarakat Ouhoud (Ex, Capitaine Maréchal)
Station Tramway Place des Nations Unies - CASABLANCA
Tél : 05 22 22 27 66 - Fax : 05 22 47 14 12

الدكتور أمار اسحاق جاك

خريج كلية الطب بمونبولي
اختصاصي في أمراض البول
جراحة المسالك البولية
كشف وفحص الجزء الداخلي
شفاء العقر
الختان

محطة طرامواي ساحة الأمم المتحدة
9، زنقة معركة أوحد (ماريشال سابقا) الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 47 14 12 - فاكس : 05 22 22 27 66

Casablanca, le

23.03.2022

74,80

74,80 x 2

SV

STACION 700 -

11

149,60

74,80

EL YOSSR
- Pharmacienne
en Hamdouste, 19
Boulevard Far Casa
16470

CAS D'URGENCE S'ADRESSER A LA CLINIQUE BADR
EL ALLOUSSI Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca
Tél. : 05 22 49 28 00 - 05 22 49 23 80 / 81 / 82 / 83 / 84 / 85 - Fax : 05 22 49 23 86

Destinataire : Dr Jacques
9, Rue Maarakat Ouhoud
Tél. : 05 22 22 27 66 - Casablanca

