

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M22- 0017256

150987

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10507 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL BARCHAOURI JILALI

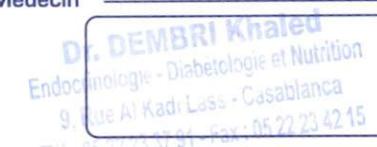
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1430,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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) :

El Barchaouri Jilali

27 FEV. 2013

MUPRAS

RAJ

ATUELI

ARRAZA

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

201

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
04/02/23	CP	2000		<i>DR. DEMARLE 2233791 2023</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>SHARAF MAROC - Dr. E. A. D. Khadija Bd. Oufella 30000 Casablanca GSM : 05 24 36 20 84 02 5</i>	04/02/23	1130,00 DH

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
		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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur Khaled DEMBRI

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie et Nutrition

Echographie Générale

Diabète - Goitre - Anorexie - Hypertension Artérielle

Cholésterol - Lipides - Troubles de Croissance

Andropause-Ménopause

Stérilité du Couple

Traitements complets de l'Obésité



الدكتور خالد دمברי

اختصاصي في أمراض الغدد والسكري والتغذية

الفحص بالصدى

مرض السكري والغدة الدرقية

الضغط الدموي، الكوليسترول، الدهنيات

فقدان الشهية، اضطرابات النمو، البلوغ والجنس

سن اليأس، العقم عند الرجل والمرأة

العلاج الكامل للسمنة

Casablanca, le : 04.02.23 الدار البيضاء، في :

M. El Baroutoui

J. M. S.

559,00

NovoMix 30 FlexPen



30u le matin (

20u le soir (200)



571,00

NovoRapid FlexPen

10u A midi

Trunk 50/100 14x2ml

Apprendre les

Tu
01-06



9, شارع القاضي ايس، الطابق الثاني، المعارييف - الدار البيضاء - جماعة المعارييف

9, Rue Cadi Iass, 2^{ème} étage (face Ecole Bienfaissance Francaise à côté de la Commune Maârif) - Casablanca

Tél.: 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 15 - GSM/(Si Urgence) : 06 61 63 32 50

E-mail : kdembri@hotmail.com/ kdiddi1966@yahoo.fr - Site Web : www.dembri-encocrin.com