

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.

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.

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.

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.

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- 0025952
11509

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *DA10*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAYACHI Abdellah

Date de naissance :

1945

Adresse :

66 Rue 2 Elysée 2 AS CASA

Tél. : *0522664938*

Total des frais engagés : *147,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *24/12/2019*

Nom et prénom du malade : *BENNANI Latifa* Age :

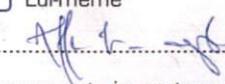
Lien de parenté :

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 cette déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

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
24/10/19	CJ		Gratuit	<i>DOCTEUR Naima FAHAD</i> Bordeaux 33 - France 1994

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE HAY KARAM 98 Bis, Av. C Hay Karam Q.I. Sidi Bernoussi - Casa Tél : 05 22 35 93 82 INPE : 092031046	24/10/19	T = 147,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

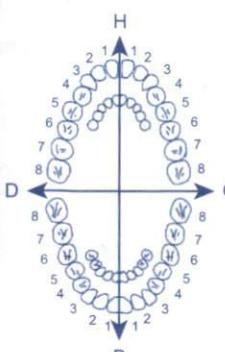
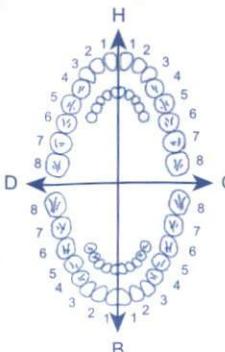
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux									
													
													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
				Coefficient des Travaux									
				Montants des Soins									
				Date du devis									
				Date de l'exécution									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Naima

OPHTHALMOLOGISTE

(Maladies & chirurgie des yeux)

- Ancienne Médecin de l'Hôpital Hassan II

- Ancienne chef de service d'ophtalmologie

de l'hôpital Hassan II Khouribga

- Membre de la société Française d'ophtalmologie

PPC : 147.00 DH

الدكتورة نعيمة فاطمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العين

طبيبة سابقا بمستشفى المنصور بالدار

طبيبة رئيسة سابقا بمصلحة طب العيون

بمستشفى الحسين الثاني بخريبكة

عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض العيون

Casablanca, le :

24 octobre 2019

Mme BENNANI Latifa

١٤٧,٠

THEALOSE COLLYRE



1GTT 3X/J PDT 3MOIS

Dr. Naima FAHÉM
OPHTHALMOLOGISTE
Bassma 1 Groupe 3 C18 N° 7
Ain Sebaa - CASABLANCA
Tél : 05 22 67 49 94

PHARMACIE HAY KARAM
98 Bis, Av C Hay Karam
Q.I. Sidi Benoussi - Casa
Tél : 05 22 35 93 82
INPE : 092031046

بسمة 1 مجموعة 3 عماره 18 رقم 7 عين السبع - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 67 49 94

Bassma 1 Groupe 3 C18 - N°7 - Ain Sebaa - Casablanca - Tél. : 05 22 67 49 94