

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.

Pathologie 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.

Dentaire :

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.

Pathologie 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- 058276

ND 43210

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 039F Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : NAHAS ABBELLAH

Date de naissance : 20/10/4144

Adresse : 102, L'Hôpital Mandarona

Sidi MAROUF 1er / CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MY CHERIE SBAI
NEUROCHIRURGIEN
Bd Abdellatif Ben YOUSSEF 245
TWIN Résidence Casablanca
G.M : 060 370 142
Tél: 092 277 185

Date de consultation : 25/08/2016

Nom et prénom du malade : NAHAS ABBELLAH Age : 75

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : céphalee

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :跌倒

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
15/08/2016	1	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pr. ASS. BOUKHANIT NAWAL RADILOGUE	27/02/2014	Scanner 10000	10000

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 l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A dental arch diagram showing a row of teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A horizontal cross-bar is positioned in the center of the arch, spanning the gap between the 4th and 5th teeth. The teeth are represented by small circles with a stylized 'Y' inside, and the numbers are placed to the left of the upper teeth and to the right of the lower teeth.

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Docteur Moulay Chérif SBAI

NEUROCHIRURGIEN

Diplôme de la Faculté de Médecine

de Strasbourg

Ancien attaché au CHU de Strasbourg

Exploration Neurophysiologique

N° d'inscription au tableau de l'ONM : 2937.

INP : 091125930

Casablanca le : 07/10/2005

Nom : Nasser Abdellah.

الدكتور مولاي الشريف سباعي

أخصائي في أمراض و جراحة الجهاز العصبي

و العمود الفقري

خريج كلية الطب بستراßبورغ بفرنسا

جراح سابق بالمستشفى الجامعي لستراßبورغ

الفحص الكهربائي للجهاز العصبي



Nasser Abdellah
épilepsie, trouble de l'équilibre
HTA
inhalation ?
cure ?

Dr. M. Y. SBAI
NEUROCHIRURGIEN
Bd. Abdellatif Ben Yakkout 245 Immeuble C
2000 Casablanca
GSM : 060 370 149
Tél : 092 977 185

في حالة الإستعجال، الاتصال بالمصحة 05 22 85 92 20

245 شارع عبد المؤمن، إقامة توين العمارة C، الطابق 1، رقم 4 - الدار البيضاء

245, Bd Abdellatif Ben Yakkout, Twin Résidence, Immeuble C, 1er étage n°4 Casablanca

E-mail : cherifsbai@hotmail.com البريد الإلكتروني : GSM : 06 60 37 01 42 : الهاتف/الفاكس : 05 22 27 71 85 : المحمول : Patente : 36329230

Casablanca, le 07/10/2020

PATIENT : NAHAS Abdellah

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE : Examen réalisé par un scanner multi barrettes, sans injection de produit de contraste par des coupes millimétriques, depuis le vertex jusqu'à la base du crâne avec reconstruction.

RESULTATS :

- Atrophie cortico-sous corticale bilatérale modérée.
- Présence de deux lésions hypodenses au niveau du bras externe et au niveau de la tête du noyau caudé gauche d'allure séquellaire.
- Absence de stigmates hémorragiques.
- Structures médianes en place.
- Système cisterno-ventriculaire de taille et de morphologie normales.
- V4 en position médiane.
- Charnière cervico-occipitale d'aspect normal.
- *A noter: Comblement muqueux des cellules ethmoïdales antérieures.*

CONCLUSION :

- **Aspect TDM cérébrale en faveur d'une atrophie cortico-sous corticale bilatérale sus et sous tentorielle.**
- **Lésion séquellaire au niveau du bras externe et de la tête du noyau caudé gauche.**

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr BOUKNANI - Dr HABI

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr Ass BOUKNANI - Dr HABI
RADIOLOGIE
01248432

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **97 834** / 2020 du **07/10/2020**

Nom patient : **NAHAS ABDELLAH**

Entrée **07/10/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **07/10/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Scanner cérébral	1,00		1 500,00 Sous-Total	1 500,00 1 500,00
Total Frais Clinique				1 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Total 1 500,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 500,00				1 500,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Oum Rabii,
Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
E-mail: www.hck-tcm.ma
Tel: (+212) 0529 00 44 66

Date : 07/10/2020

Quittance - Paiement espèces 0511858

IPP :

N° D'admission : Montant : 1500 DH

Patient : NAHAS ABDELLAH

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

Cachet
Admission Facturation