

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.

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.

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- 064267

ND: 32414

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 025614091

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZINELKHETIR HALIMA

Date de naissance : 23.06.1968

Adresse : 373 LOT ELWILAD SIDT BENNOUR

Tél. : 0670940728

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/10/2020

Nom et prénom du malade : ZINELKHETIR Halima Age: 52 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

10/10/2020

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
11/11/2023	ca		Ca 16	<i>D. KAMRIL Mohamed El Ghalibine Bestechel 0523 20172</i>

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
 Annasr Pathology Center <i>3 Rue de Tunis, El Jadida</i> <i>Casablanca / Maroc</i> <i>Tél : 06 08 50 60 93</i> <i>fax : 05 23 33 69 42</i> <i>cpa86513@gmail.com</i> <i>ICE : 001656784000031</i>	02/11/2020	9 - SLS	600 DHS

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

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
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: Upper Left (UL), Upper Right (UR), Lower Left (LL), and Lower Right (LR). Each tooth is represented by a circle with a number. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the center of the arch. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a horizontal arrow labeled 'G' points to the right. Below the arch, a vertical arrow labeled 'P' points downwards.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

El Jadida, Le 31/10/2020

ZINE LKHEIR HALIMA

Arness Pathology Center
3 Rue de Tunis, El Jadida
Casablanca/Maroc
Tél : 08 08 50 60 93
Fax : 05 23 33 69 42
E-mail : sp86513@gmail.com
ICE : 001656784000031

Lipole
whm

Ame mth

02/11/2020 JH20110003
ZINE LKHEIR HALIMA
POLYPE UTERIN
DR KAMRI

Dr. KAMRI Mohamed Zakaria
Gynécologue Obstétricien
19, Centre Ibn Badis à El Jadida
Tél./Fax : 0523 37 01 72

ANNASR PATHOLOGY CENTER

FACTURE

REF : FA20005253

EL JADIDA, le 10/11/2020

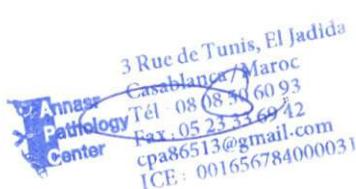
Date de facturation 10 / 11 / 2020
Médecin traitant DR KAMRI
Patient ZINE LKHEIR HALIMA - 015566
Demande H20110003 - 02/11/2020

Liste des examens

POLYPE

A Payer	600,00	Dhs
coefficient-P	545	

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DIRHAMS



Adresse : 3 Rue de Tunis, El Jadida Maroc

Tel: 08 08 50 60 93 / 06 62 76 57 67 - Fax : 05 23 33 69 42 E-mail : centrepath.eljadida@gmail.com
IF : 14413629 ICE : 001656784000031 PATENTE: 42200323 INPE : 091024638

Age	: 52 ans	Réf.	: C20100708
Sexe	: F	Nom du patient	: ZINE LKHEIR HALIMA
Date de prélèvement	: 28/10/2020	Date de réception	: 28/10/2020
Date de réponse	: 03/11/2020	Préscripteur	: DR MEZIANE NADIA

NATURE DU PRELEVEMENT

FROTTIS MONOCOUCHE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Matériel examiné :

Un prélèvement cervical effectué par cytobrosse. Il a été techniqué selon la méthode cytologique de couche mince (cytologie en phase liquide).

Qualité du frottis :

Satisfaisante.

Classe du frottis selon le système de BETHESDA :

Frottis inflammatoire et atrophique

Cytologie descriptive :

Préparation montrant une desquamation abondante de cellules malpighiennes essentiellement de type basal et parabasal associées à quelques placards d'éléments cylindriques et jonctionnels. Ces différentes cellules présentent assez fréquemment des altérations nucléo-cytoplasmiques de type réactionnel en rapport avec un état atrophique profond de la muqueuse. Ces cellules se disposent sur un fond peuplé par d'assez nombreux leucocytes polymorphes avec prédominance de polynucléaires neutrophiles.

Absence de cellules suspectes.

CONCLUSION

- Frottis atrophique et inflammatoire.
- présence d'anomalies cellulaires vraisemblablement en rapport avec l'atrophie et l'inflammation
- Utilité d'un contrôle après traitement hormonal

Signé : Dr. Hicham EL ATTAR

3 Rue de Tunis, El Jadida
Casablanca/Maroc
Tél : 08 08 50 60 93
Fax : 05 23 73 69 42
cpa86513@gmail.com
ICE : 001656784000031