

# 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.

## 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 canaux, 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 canaux.

## 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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0256402 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZINELKHEIR HALIMA

Date de naissance : 23 06 1968

Adresse : 373 LOT ELWIDAD SIDI 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 : ZINELKHEIR Halima Age: 52 ans

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 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) :



# RELEVÉ 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
31/12/2012	g		Carhub	<p>Dr. KAMRI Mohamed Zakaria</p> <p>0523 37 01 72</p> <p>0523 37 01 72</p> <p>0523 37 01 72</p> <p>0523 37 01 72</p>

# 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
<p>3 Rue de Tunis, El Jadida</p> <p>Casablanca/Maroc</p> <p>Tel : 05 08 50 60 93</p> <p>Fax : 05 23 33 69 42</p> <p>cpa86513@gmail.com</p> <p>ICE : 001656784000081</p>	02/11/2012	2-545	600 DHS

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(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

El Jadida, Le... 31/10/20

ZINE LKHEIR HALIMA

Anassir  
Pathology  
Center  
3 Rue de Tunis El Jadida  
Casablanca / Maroc  
Tél : 08 08 50 60 93  
Fax : 05 23 33 69 42  
cpa86513@gmail.com  
ICE : 001656784000031

Lolyppe

Ana

02/11/2020 JH20110003  
ZINE LKHEIR HALIMA  
POLYPE UTERIN

DR KAMRI

Dr. KAMRI Mohamed Zakaria  
Gynécologue Obstétricien  
19, Centre Ibn Badis - 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

<b>A Payer</b>	600,00	Dhs
<b>coefficient-P</b>	545	

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

3 Rue de Tunis, El Jadida  
Casablanca / Maroc  
Tél : 08 08 50 60 93  
Fax : 05 23 33 69 42  
cpa86513@gmail.com  
ICE : 001656784000031

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 : centrep.th.elijadida@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 technique 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  
Tel : 08 08 50 60 93  
Fax : 05 23 33 69 42  
cpa86513@gmail.com  
ICE : 001656784000031