

# 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.

## adiologie 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.

## adie 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

Nº P19- 055002

Optique 58035  Autres

### Maladie

### Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10190 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL HAMRANI YOUSSEF

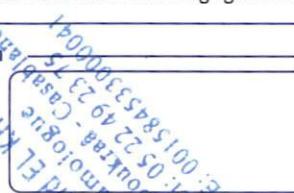
Date de naissance : 20/04/1974

Adresse :

Tél. : 06 11 13 16 11 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL HAMRANI YOUSSEF Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ALY-TRON Dystrophie

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
10/01/2000	SOINS	1	500.00	EL XHEITA Signature : Casablanca 23/01/2000

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Apharmacie de RUMELHOU L'ESPRESS RUE DE L'ESPRESS 06220 L'ESPRESS	10/11/13	543,10

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10.11.98	Analyses	532.00

## 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'ORL.

# CLINIQUE JERRADA OASIS

مصحة جرادا الوازيس

Pharmacie de l'Oasis  
Mme. R. LAHLOU EL KATEB  
64, Boulevard A. Bouabid-Oasis  
Tél: 0522.25.39.74

175, Rue Bouabid, Casablanca  
Docter RACID BENEHETTA  
ICB: 0015833300041  
Tél: 0522.23.75.75

Casablanca, le 10.11.2020

El Harrat yekut

49,70 + 2

① Azith Rongaine 500 S.V. 159,40

1 qp a dir.  
1/2 qp le soir fi

② Symptos x 3 jours

120,00

③ vit a 000 S.V. SP 15

249,00

④ Zinc S.V. SP x 15

21,00

⑤ Febrex S.V. x 3 j.

549,40



AstraZeneca 

# 6

# 200

# Turbuhaler® 200/6 µg par dose Poudre pour inhalation

# Symbicort® budésonide/ formotérol

120 doses

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 10-11-2020

## Facture N° 16952/20

**A. Identification**

N° Dossier : CJO20K10182614

N° Identifiant : 035668/20

**Nom & Prénom : Enf. EL HAMRITI YACOUTE**

C.I.N : BE523215

Adresse : CASABLANCA

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant****D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 10-11-2020

Date Sortie : 10-11-2020

Médecin traitant : DR . EL KHETTAR RACHID

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
	PARTIE CLINIQUE :					0,00
	HONORAIRES MEDICAUX					
1	DR. EL KHETTAR RACHID (PNEUMOLOGIE)		600,00			600,00
	PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :			Total Rubrique :		600,00
	Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		600,00

SIX CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

A.

EL KHETTAR  
Docteur H. EL KHETTAR  
Pneumologue  
Casablanca  
175, Rue Boukraa - Casablanca  
Tel: 05 22 49 23 75  
ICE: 00158453300041

Casablanca, le

10/11/2020

El Hani Jkak

PCR C. 9

Dr. EL KHETTAR  
Pneumologue  
Tel: 05 22 49 23 75

Dr. EL KHETTAR Rachid  
Pneumologue  
Tel: 05 22 49 23 75

**Directeur****Pr A. MAAROUFI****Biologie**

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr C. Lhamiani

Dr J. Nouril

Dr D. Messaoudi

Dr S. Benjelloun

Dr A. Bennani

Dr S. Bennani

Dr M. Azhari

Dr A. Ainabi

Dr H. Mohammadi

Dr S. EZZIKOURI

**TANGER**

Dr W. Oudaina

**Anatomie-cytopathologie**

Dr H. Benomar

Dr A. Oukkadi

**Cytogénétique**

Dr S. Nasserddine

Enfant Fille EL HAMRITI YACOUT

P

20000 CASABLANCA

Date et heure d'enregistrement : 10/11/20 12H10

Demande n° **10/11/20-1-0237** - -

Date et heure de prélèvement : 10/11/20 12H18

Date de naissance : 11/04/2006

Hors tiers payant - ACCUE

**VIROLOGIE**

Valeurs de référence

Antériorités

**Détection du SARS-CoV-2 (COVID-19) par PCR en temps Réel  
Real-time PCR SARS-CoV-2(COVID-19)**

Nature prélèvement (Specimen) : Rhinopharyngé (nasopharyngeal swab)

Résultat (Result) :**SARS-CoV-2 POSITIF**  
*SARS-CoV-2 POSITIVE*

Réactifs (Reagents) : GenFinder™ COVID-19 Plus RealAMP Kit (CE-IVD)



Institut Pasteur  
du Maroc

معهد باستور المغرب  
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة  
Facture

1, Place Louis Pasteur Casablanca 20360  
Tél: +212 (0) 522 43 44 50 / 63 - Fax : +212 (0) 522 26 09 57  
E-mail : [pasteur@pasteur.ma](mailto:pasteur@pasteur.ma) - Web : [www.pasteur.ma](http://www.pasteur.ma)  
ICE : 001594848000023 - IF : 1085828 - Patente : 36340200

Enfant **EL HAMRITI YACOUT**

Réf: **10/11/20-1-0237**

CIN: Né(e) le : 11/04/2006 soit:14 A Tél: 0611131611 ville: CASABLANCA

Par: MKARO / 10/11/20

MAT:

Médecin : Tél:

Date et heure de passage : 10/11/20-12h10

INPE :   
ICE : 001594848000023

Liste des Examens/Prescription

PCR COVI TIMB\_2DH

Total dossier r : **502.00**  
Part Client : **502.00**  
Part : **0.00**  
Part : **0.00**  
Part : **0.00**

PATIENT

L'Institut Pasteur du Maroc collecte et traite vos données à caractère personnel en vue d'identifier vos prélèvements, mettre à jour votre historique d'analyses et garantir vos droit à la prise en charge. Ces données peuvent être transmises à des laboratoires externes en cas de sous-traitance.

Vous pouvez contacter le service qualité (qhs@pasteur.ma) pour exercer vos droits conformément aux dispositions de la loi 09-08