

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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° M20- 0002708

Optique 65018 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01981

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Farahate Youssef

Date de naissance : 27.10.55

Adresse : 15, rue barcelone el bay

Tél. : 0664071569 Total des frais engagés : 377,4 + 300 Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/01/2021

Nom et prénom du malade : FARAHATE Houda Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Yodkriose auto-immune

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 : 21/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/10/2021	CK	1	300,00	
			HT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Bd. Mly Slimane Beni Makada - TANGER Tel. 059 95 66 29 Pharmacie du PARC	21-01-21	377,42 DA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

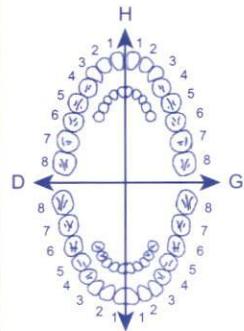
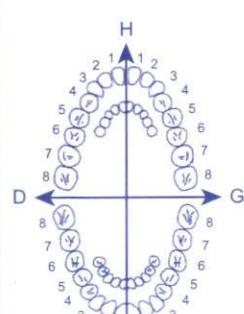
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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'EXECU

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

25/05/2021

 FARAHATE HOUDA

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC

PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC

PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC

PPV : 62,90 DHS

5 -

Testinon

62,90
x 6

1/2 CP x 2/3

HT de 03 ml

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC

PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC

PPV : 62,90 DHS

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC

PPV : 62,90 DHS

T = 377,40 DA

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr ASSAS / SEARA Jeannine
Neurologie

العنوان
Bd. M. Slimane Beni
Makada - TANGER
Tel : 069 95 66 29
Pharmacie n° DARC

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse*MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID*

N° : 2101211139377140 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100295922	FARAHATE HOUDA	21/01/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1637	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : FATAAT



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 6 594 / 2021 du 21/01/2021

Nom patient : FARAHATE HOUDA

Entrée 21/01/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/01/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de neurologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements						Total encaissé	Solde
							300,00





مركب النهضة

21/01/21

11:36:21

9900398026

93980201

HOP CHEIKH KHALIFA G10

Casablanca

A000000502101001

APP : cmi

BEN ATTOU NABILA

xxxxxxxxxxxxxxxxx8976

02/23 CARTE NATIONALE

D565150918FF9B2E

620-0-9999-1-60

MONTANT : 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003

NUM AUTORISATION : 010531

STAN : 001637

DEBIT

Le CMI vous remercie

PRYEZ VOTRE VIGNETTE EN LIGNE SUR MAVIGNETTE.MA
OU AVEC LE M-WALLET IBRIZ BY CMI ET PARTICIPEZ A
NOTRE GRANDE TOMBOLA !!

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT