

# 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.

## **Education :**

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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9584 Société : RAN "H"

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FATHI ABDELKRIIT

Date de naissance : 05 FEV 1967

Adresse : ITAY EL BOLS RESIDENCE AL FAIS 111 H 01  
NIY KELNOUSSI CASA

Tél. : 06 67 14 40 32 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....  
Nom et prénom du malade : .....  
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) : .....

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Dr. Physio-Kinésithérapeute Capain AZMI</i>	23/04 /2011	10	Seances			200000 Dhs
		200,00 Dhs	/ Seances			Facture

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS									
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>D</td><td style="text-align: center;">←</td><td style="text-align: center;">→ G</td></tr> <tr><td>B</td><td style="text-align: center;">↓</td><td></td></tr> </table>					H		G	D	←	→ G	B	↓	
H		G												
D	←	→ G												
B	↓													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>D</td><td style="text-align: center;">←</td><td style="text-align: center;">→ G</td></tr> <tr><td>B</td><td style="text-align: center;">↓</td><td></td></tr> </table>					H		G	D	←	→ G	B	↓	
H		G												
D	←	→ G												
B	↓													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>D</td><td style="text-align: center;">←</td><td style="text-align: center;">→ G</td></tr> <tr><td>B</td><td style="text-align: center;">↓</td><td></td></tr> </table>				H		G	D	←	→ G	B	↓		
H		G												
D	←	→ G												
B	↓													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>D</td><td style="text-align: center;">←</td><td style="text-align: center;">→ G</td></tr> <tr><td>B</td><td style="text-align: center;">↓</td><td></td></tr> </table>				H		G	D	←	→ G	B	↓		
H		G												
D	←	→ G												
B	↓													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>D</td><td style="text-align: center;">←</td><td style="text-align: center;">→ G</td></tr> <tr><td>B</td><td style="text-align: center;">↓</td><td></td></tr> </table>				H		G	D	←	→ G	B	↓		
H		G												
D	←	→ G												
B	↓													
DATE DU DEVIS	(Création, remont, adjonction)				DATE DE L'EXECUTION									
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU													



# Cabinet AZMI de Phisio-Kinésithérapeute

Adresse: Amal 4 Rue 55 N°18, Sidi Bernoussi , CASABLANCA

Casablanca, 23/04/2021

Nom du patient

Daby Karima

Cabinet AZMI  
de Phisio-kinésithérapie  
Amal 4 Rue 55 N°18 Etg 1 S.Bernoussi  
Casa - Tél.: 06 96 55 69 00 06 94 17 81

Facture N° 2021/12

Diagnostic: Syndrome fémoro-patellaire.

DESIGNATION	Nombre de séance	Prix unitaire	Total
Rééducation fonctionnelle	10	200,00	2000,00

Net à payer 200,00

Arrêté la présente facture à la somme de

deux mille dirhams

Hanaa AZMI

Cabinet AZMI  
de Phisio-kinésithérapie  
Amal 4 Rue 55 N°18 Etg 1 S.Bernoussi  
Casa - Tél.: 06 96 55 69 00 06 94 17 81

# Cabinet AZMI de Phisio-Kinésithérapeute

Nom : Dabag

Prénom : Karima

Consultation : Sj Femmes pat

Nombre de séance : 10 sc

Mutualiste



📍 Amal 4 Rue 55 N°18 Etg1, Sidi Bernoussi . Casablanca.

✉ hanaa.azmikinesi@gmail.com ☎ 0696556930 / 0658041781

# Hanaa AZMI

Kinésithérapeute

## VOS PROCHAINS RENDEZ-VOUS

- 23/03/2021 / - ..... h ..... min
- 25/03/2021 / - ..... h ..... min
- 27/03/2021 / - ..... h ..... min
- 29/03/2021 / - ..... h ..... min
- 31/03/2021 / - ..... h ..... min
- 02/04/2021 / - ..... h ..... min
- 05/04/2021 / - ..... h ..... min
- 07/04/2021 / - ..... h ..... min
- 09/04/2021 / - ..... h ..... min
- 12/04/2021 / - ..... h ..... min
- ..... / - ..... h ..... min

Merci d'annuler le Rendez-Vous 24h à l'avance