

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ladie 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 M21- 0026704

Optique *71317* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *848K* Société : *R.A.M.*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *Moulay Goumri Mustapha*

Date de naissance : *04/10/1958*

Adresse : *même*

Tél. : *06-61-92-46-26* Total des frais engagés : *800 Dhs* Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *17/05/2021*

Nom et prénom du malade : *RANDIL MINA* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Aggression ORC*

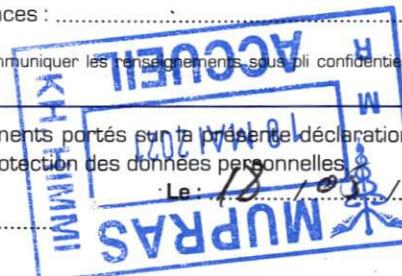
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : *Casablanca* Le : *18/05/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du patient | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|-------------------|--------|------|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| CREFON MAROC 47, Résidence ROIA Bd d'Anfa et Bd. My Youssef 3ème Etage - CASABLANCA | 11/05/19 | | K 20 | | | 500 Dhs |

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 d

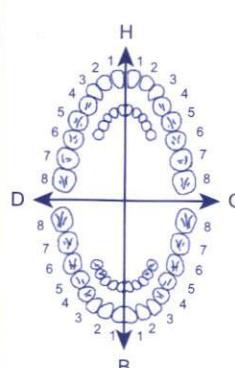
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| P | R |

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

دكتور محمد الشرابي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

17/12/2014

ج: KANDIL NINA

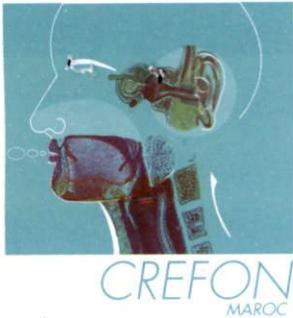
les étapes peu glorieuses

CREFON MAROC
47, Résidence ROIA
Bd. d'Anfa et Bd. My Youssef
7^{ème} Etage - CASABLANCA

Docteur M'hamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux
47, Angle Bd. Anfa et Bd. My Youssef, 2^{ème} Etage
Tél: 05.22.20.69.43 / 0522.20.77.67 / 68
Fax: 05.22.20.71.91 - Casablanca

INPE: 091042911 - I.C.E: 001638091000051



Centre de Rééducation et d'exploration fonctionnelle otoneurologique et orthophonique

CASABLANCA LE 17/05/2021

Facture N° 263/2021

Madame KANDIL Amina

Posturographie K20

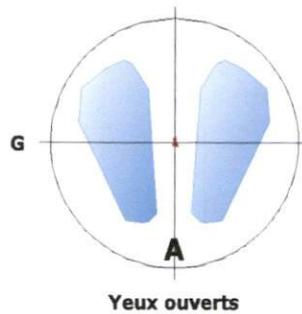
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 500.00 DHS

CINQ CENT DIRHAMS.

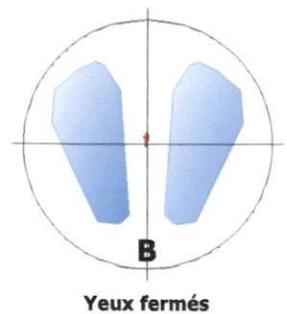
*CREFON MAROC
47, Résidence ROIA
Bd. d'Anfa et Bd. My Youssef
7^{ème} Etage - CASABLANCA*



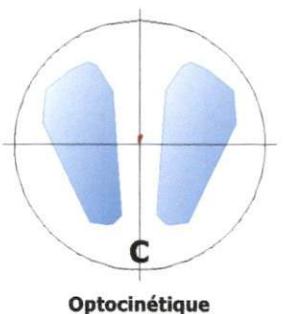
Av

Stable

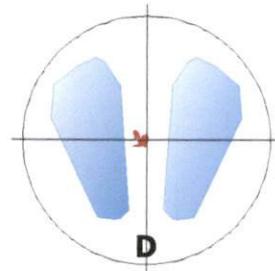
Yeux ouverts



Yeux fermés



Optocinétique



Zoom : 100%

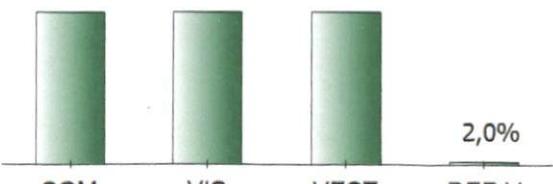
Instable

100,0%

100,0%

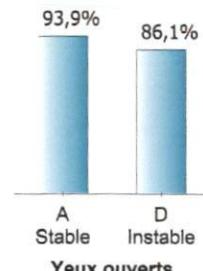
100,0%

2,0%

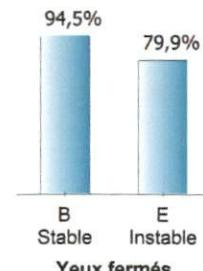
**Synthèse**

Degré d'utilisation des différentes entrées sensorielles lors de ce bilan

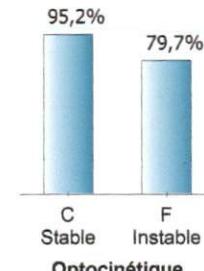
SOM = Somesthésie, VIS = Vision, VEST = Vestibulaire, DEP.V = Dépendance visuelle

Taux de stabilité

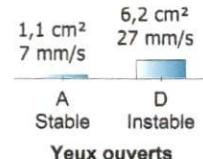
Yeux ouverts



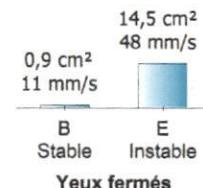
Yeux fermés



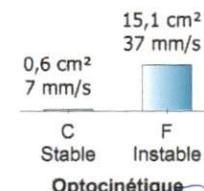
Optocinétique



Yeux ouverts



Yeux fermés



Optocinétique

Surfaces / Vitesses

Commentaires du thérapeute :

Avant Rééducation

Perturbation sur plan instable
Les yeux fermés et en optokinétique.
Dépendance visuelle

CREFON MAROC
47, Résidence ROIA
Bd. d'Anfa et Bd. My Youssef
1^{er} Etage - CASABLANCA