

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.



Maladie

Dentaire

Optique **73734** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2320**

Société :

Actif Pensionné(e) Autre : **Retraité**

Nom & Prénom : **RAHALI Abdellah**

Date de naissance :

Adresse : **Sour Lakhdar Ben Nabi 9 El Jadida**

Tél. : **0607813618**

Total des frais engagés : **250 HT + 63,00 + 94,00**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **26/03/2021**

Nom et prénom du malade : **Khalida Fatima** Age : **50 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **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 : **CASA**

Le : **09/06/2021**

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
24/2/2021	CH	CH 100	450.00	✓

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'HABIB	24/03/2021	471.20
Quartier Nicolas Rue La Fontaine Vo 58-57 = MOHAMMEDI Tél: (03) 31-51-69	24/03/2021	471.20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Logo de l'Institut de Radiologie de la Béthune	20/04/2021	B40X1241	631.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D 00000000 00000000 35533411	MONTANTS DES SOINS
	B			DATE DU DEVIS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2040

DC
des
M'Sik
I Ben M'Sik



المملكة المغربية
وزارة الصحة
مندوبيّة عمالة
مقاطعات ابن مسيك
المركز الإستشفائي الإقليمي ابن مسيك

PPV 79DH70
PER 11/23

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2782

Nom :

Prénom : KHAYATE RATIM

PPV : 75 DH 50

PER 05/22
LOT J1443

sp RAH HACI

29.70
x3

1) AZIX 500 mg b

21.50
x2

2) BISPIRAN 200 mg x 26

24.00

3) clorhex 5% 140

34.10

4) N. plante 1 gel x 26

25.00

5) DRILL 500 mg x 16

471.20

HT 205

Casablanca, le :

24/05/2021

ORDONNANCE

92,00

ARMACIE
titr. Nicolas
56,57 = M
réf: (03) 3.51.66

75,00

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV. :

NIFLURIL 30 gélules

PPV 34DH10

EXP 05/2023
LOT 010402

PPV 75DH50
PER 06/22
LOT J2243

Cachet et Signature

PPV : 20,00

Exp :
N° Lot :

Prénom : KHIALE FATIMA

182,10 08 RAHNAI

182,10

1) TRIAfee 500 mg
37,00

2) ATONee 100 mg
25,00

3) Diogoxine 0,25 mg
20,00

4) Sulfam 250 mg
34,00

5) LASILIX 40 MG
20,00

6) Adactone 500 mg
112,00

7) 471,00
+ 13,00



les
l'Sik
Ben M'Sik

Casablanca, le

ORDONNANCE

BOTTU S.A.
30 comprimés
(Digoxyne)
DIOGOXINE 0,25 mg
6 118001 010117
018001 010117
Barcode

QUANT
PHAR
LOT : 20E020
PER. : 05/2024
P.P.V : 340H60
6 118000 060468

LOT : 20E011
PER. : 12/2023
P.P.V : 340H60
6 118000 060468

37,00
P.P.V : 570H70
LOT : B25144
EXP : 09.2022

Cachet et S



Casablanca, le : 20/04/21

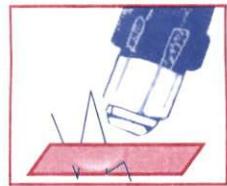
ORDONNANCE

Nom : KHATIE
Prénom : FATIMA

TP - INR



DR. CARDIOLOGUE
DR. NOUR EL HADID
Cachet et Signature



مختبر ابن ياسين

Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية



1GC4395

Prélèvement du : 20/04/2021

Référence : 10420664

20/04/2021

Mme RAHHALI FATIMA

Médecin: Dr. TAOUIFIK

EXAMENS DE SANG HEMOSTASSE

Analyses

Résultats

Normes

Antécédents

Taux de prothrombine (Temps de quick, TP) (Technique chronométrique-Stago)

Témoin.....	12.5	sec	12.5 (09/02/21)
Patient.....	21.2	sec	21.5 (09/02/21)
TP.....	35	%	
INR.....	1.9		1.9 (09/02/21)

(International Normalized Ratio)

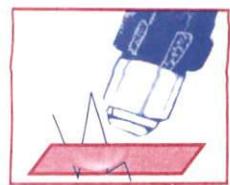
Valeurs de référence de l'INR:

- 0.8 à 1.2: Normale sans traitement AVK
- 2.0 à 3.0: Phlébite-Embolie pulmonaire-Fibrillation auriculaire
- 3.0 à 4.5: Risque élevé de thrombose-Prévention due aux valves cardiaques

LABO - *Ibn Yassine*
 Dr. BOUTALEB BILOGISTE
 Rue de Fès - Mohammedia
 Tel: 05 23 32 34 60 / Fax: 05 23 32 64 01

INPE : 093001816

مختبر ابن ياسين



Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية

Facture n° 53593

INPE: 093001816 ICE: 001644349000059 Patente : 39403860 IF : 54507300

MOHAMMEDIA LE : 20/04/2021

Analyses effectuées le: 20/04/2021

Pour.....: Mme RAHHALI FATIMA

Sur préscription du: Dr TAOUIFIK

Code.....: IGC4395



EXAMENS EFFECTUÉS :

TP

Cotation : (B 40)

Montant Net : 63.00 **Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SOIXANTE TROIS Dhs 00 Cts

