

## 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.

### Radiologie 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.

### Rééducation :

- 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° W21-626565

90588

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1421

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KETTANI

RAOU  
Retraite

Date de naissance :

25-11-1957

Adresse :

Résidence S1 Firkaous 1-3 Rte de Nokke

Tél. :

066686673

Total des frais engagés :

750

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ZHOUAFI  
SEFTAR ANDALOU  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
0110173662-1065-000059

Date de consultation :

01/08/21

Nom et prénom du malade :

TOUAHRI Rajae

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HYPERSENSITÉ

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 : 03/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RAOU

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

## 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
01/04/2014	CE		250,0000	INPE 061173662 Dr Lhorist FARA
01/04	AUDIT		500,0000	Spécialiste en ORL

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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'ODDF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

Spécialiste en ORL et chirurgie  
de la face et du cou

Diplôme de vertige et troubles  
de l'équilibre

Explorations de la surdité, vertige,  
acouphènes et ronflement

Explorations endoscopique  
-allergologie ORL

Ex Medecin ORL à l'hôpital  
provincial Benslimane

**ADULTES ET ENFANTS**



# الدكتورة زهور الصفار الأندلسية

طبيبة اختصاصية في أمراض  
وجراحة الأذن

الأذن و الحنجرة و جراحة الوجه  
والعنق

دبلوم علاج الدوخة و اضطراب التوازن

تشخيص نقص السمع، الدوخة  
الطيني و الشخير

تشخيص بالمنظار الداخلي  
أمراض الحساسية

طبيبة سابقة بالمستشفى الإقليمي  
بن سليمان

**الكبار و الصغار**



Nom et Prénom

**Mme KETTANI JOUAHRI Rajae**

Date ..... 01/07/2021

## NOTE D'HONORAIRE N°

Actes	Montant
Audiogramme (K15x)	500,00
<b>Total :</b>	<b>500,00</b>

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

**CINQ CENTS DIRHAMS**

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
INPE 061173662 - LCE : 00204594000053  
T : 05 22 87 08 59

إقامة الصفاء تجزئة السكن الأنبيق شارع القدس الطابق 1 الشقة 6، عين الشق

404 Résidence safaa Lotissement Assakane Al Anik, Bd Al Qods, 1er étage Appt N°6, Ain Chock

05 22 87 08 59 / 06 16 33 03 02 - drseffarzhor@gmail.com - En Cas d'urgence : 06 16 33 03 02

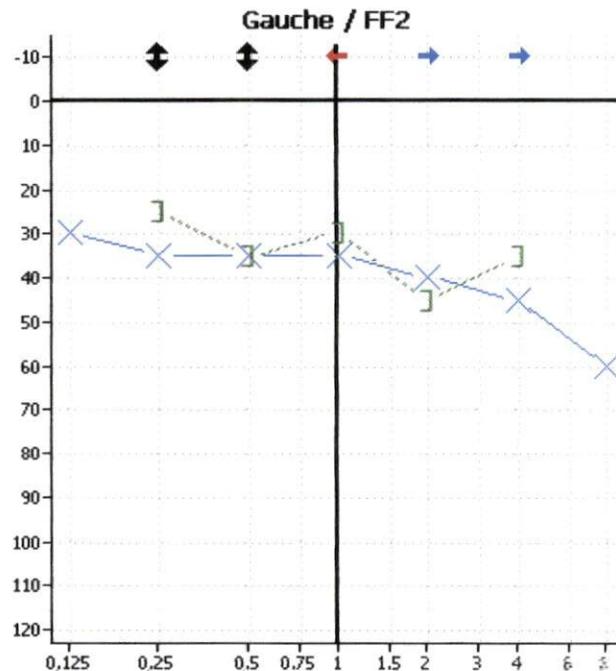
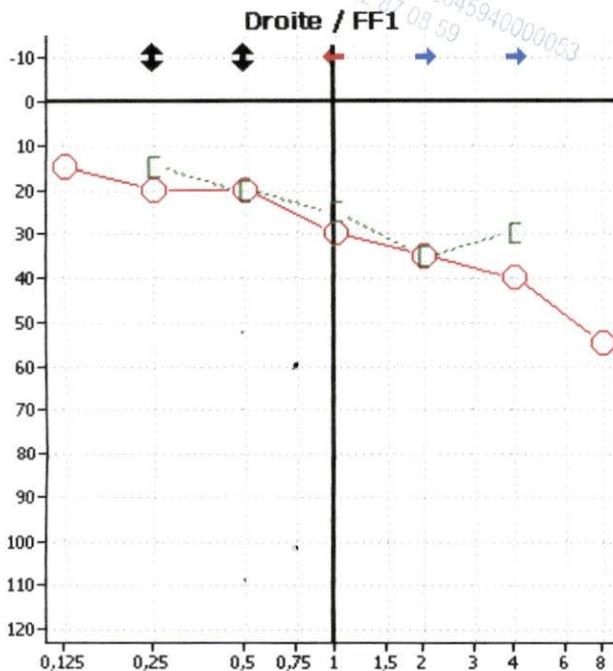
N Dossier: 317  
 Nom de famille: JOUAHRI ep KETTAN  
 Prénom: RAJAE



ORL  
 Oto- Rhino Laryngologue  
 Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
 الدكتور زهور الصفار الأنطوني

01/07/2021 17:51:21

Tonale



Présentation des symboles

Droite	Gauche	récepteur	émetteur	FF1	FF2
H	H	H	H	H	H
HL	○△×□<□>□○△×□				
UCL	■■■■■	■■■■■	■■■■■		

c /c surdité de perception bilatérale  
 léger de 35 dB à droite et  
 de 40 dB à gau

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
 Spécialiste en ORL et Chirurgie  
 INPE 061173662 - I.C.E. 002045940000053