

Le 06/08/2021

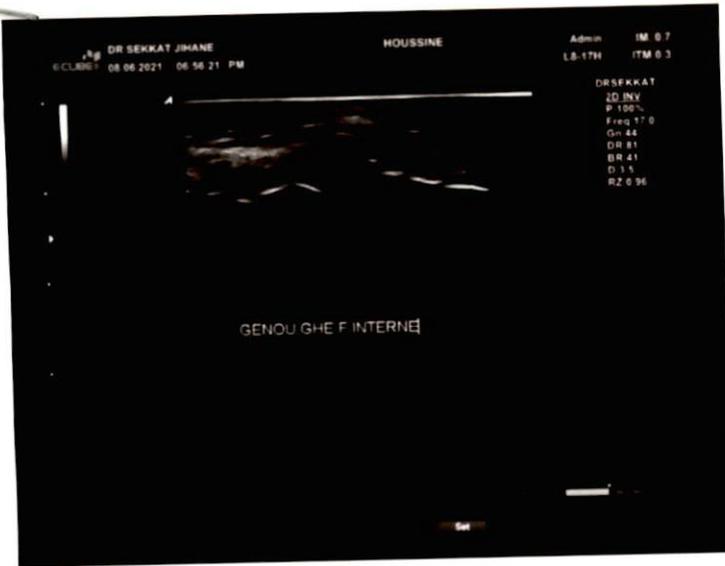
Nom : Mr. CHELLIQ Houssine

Radiographie lombaire F/P

- Pincement discal L5S1 /L4L5
- Respect de la statique
- Respect du mur postérieur
- Respect de la hauteur des vertèbres

Note d'honoraire : 300 DH (Trois cent Dirhams)


Dr SEKMAI JINANE
Rhumatologue
1, Bd Med Zafza Anassi
251, 05 22 01 07 07



Dr Jihane

Casablanca, Le 06/08/2021

Echographie des genoux

Nom : Mr. CHELLIQ Houssine

Motif de consultation : Gonalgies mécaniques

- Pas d'épanchement sous quadricipital
- Pincement femoro-tibial interne avec ostéophytose gauche
- Pas d'atteinte des ligaments collatéraux
- Kyste poplité gauche de 30/20mm
- Le reste de l'examen est normal

Au total : Gonarthrose tibio-femorale interne bilatérale modérée

Note d'honoraire de l'échographie : 300 DH
(Trois cent dirhams)

Opération Essalam1, Bd Med Zefzaf, resd Rym1, appt 17, ETG 3, Sidi Moumen, Casablanca.

Tel: 05-22-01-07-07. E-mail: jihane.sekkat@gmail.com

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, articulations,
colonne vertébrale et la Goutte
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle



أخصائية في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل،
والروماتيزم، العمود الفقري،
الهشاشة والتقرس،
الضحص بالصدى

06 août 2021

Mr. CHELLIQ Houssine

35.00

SIPROZONE 20 MG

30.00 2 cp / jour le matin apres petit dej avec RHS

SEDALGIC

52.80 1 cp / J le soir pendant 15 jours

AULCER 20 MG

283.00 1 gelule/j le matin à jeun 1/4 heure avant le repas 14 jours

CHONDROSULF 400 MG GEL

1gel/jour pdt 2 jours
Puis 1gel x3 /Jour pdt 3 mois

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 118001 271214

PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 118001 271214

PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 118001 271214

PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556.17 DMP/21/NRQ



6 118001 271214

PPV : 283,00 DH

Tél. : 0522 01 07 07 - Gsm : 0610 55 57 57 - E-mail : jihane.sekkat

RELEVÉ 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
06/08/21	U		2000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/08/21	124980

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/08/21	R4 Lombaire TIP	3000H
	06/08/21	Echographie de la gorge	3000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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

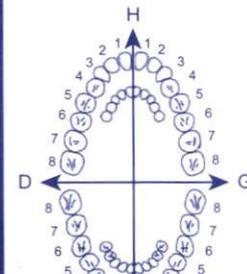
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
D	00000000	00000000	00000000
	35533411	11433553	
B			

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

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.

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.

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.

Prothèse 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 chronique 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- 0000883

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4953 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre
Nom & Prénom : CHELLIQ HOUSSINE
Date de naissance : 01.01.1961
Adresse : DES CHARABAB ZONE D Imm 9 Apt 11 AIN SERAJ
CASA
Tél. : 0661302886 Total des frais engagés : 2049,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature and Stamp: Dr. Jihane Anassi, Médecin Généraliste, 06 22 07 07 07]
Date de consultation : 06/08/21
Nom et prénom du malade : Chelliq Houssine Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Affection chronique
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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : 06/08/2021
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]