

### 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
09/01/2021	—	—	150.00	Dr. EZZAHIRI Nour Médecin Généraliste 74 Bd Tensift El Oulfa 1er Etage Casablanca Tel: 05 22 90 11 11

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALAHEDDINE SELMA HASSOUNI 750, Boulevard Oued Sebou Tél: 05 22 90 50 06 - Casablanca	09/01/2021	321.30

### 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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0001242

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : ..... 2530 ..... Société : ..... RAM ..... 8.04.29

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHIKHAOUI AHMED

Date de naissance :

30.06.1952

Adresse :

HABITUELLE

Tél. : ..... 0627586158 ..... Total des frais engagés : ..... 421.30 ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09.07.2021

Nom et prénom du malade :

Fatma Farah

Age : ..... 59A

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

SPN Respiratoire

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 : ..... 09/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : ..... Z

PI FIZZAHIRI Name  
Medizinische Outpatiente  
Tz 04 05 22 90 11 19  
Adressenraum Tel. 05 22 90 11 19

391.30 ACAS x 35

10/2023 PFC 59.50  
LOT 075041/FC21



E MHO

⑥

59.50



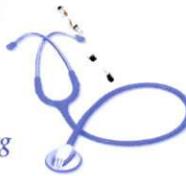
ACAS x 35  
E MHO  
⑦ 59.50

**Dr. Naïma EZZAHIRI**  
*Médecine Générale*

D.U. Echographie Générale

D.U. Gynécologie Médicale F.M. Strasbourg

D.U. Diabétologie F.M. Montpellier



الدكتورة نعيمة الزاهري  
الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

دبلوم أمراض النساء من ستراسبورغ

دبلوم أمراض السكري من مونبولي

Casablanca, le :

٢٦.٠٧.٢٠٢١

Mme Fatima Farah

600DH x 2

①

Dr. EZZAHIRI M.  
Médecin Général  
274 Bd Oued El Oulfa  
Casablanca Tel: 05.22.90.11.19

15.30 x 2

②

Vit C 1000 gr

400DH

③

Zinaskin 4

56.30

④

Dame Amp 8

LOT : 5031  
UT-AV: 11-22  
P.P.V : 60 DH 00

LOT : 5031  
UT-AV: 11-22  
P.P.V : 60 DH 00

Vita C1000®

PPV 15DH30  
EXP 02/2024  
LOT 0D050 6

ZINASKIN®

PPV 400H90 EXP 02/2024  
LOT 11025 30

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21A05D  
EXP: 01/2023

05.22.90.11.19 شارع وادي تانسيفت - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف :

274, Bd. Oued Tensifet - El oulfa - Casablanca - Tél. : 05.22.90.11.19

E-mail : naima\_ezzahiri@yahoo.fr