

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
09/07/2021		1	1500	Dr. EZZAHIRI 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 756, Boulevard Oued Sebou Tel: 05 22 90 50 06 - Casablanca	09/07/2021	321,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

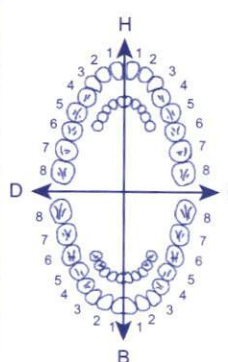
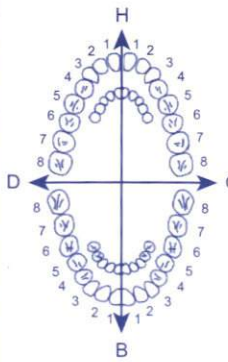
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'occlusion.

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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 82429

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHIKHAOUI AHMED

Date de naissance : 30.06.1952

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0627586158 Total des frais engagés : 424.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/07/24

Nom et prénom du malade : Fata Fargala Age : 59A

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Afft 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 : 09/07/24

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr. FZAHIRI Naima
 Médecin Généraliste
 718 Bd Tonnerre Et Outils 1er Etage
 33000 Bordeaux Tél: 05 22 90 11 19

321.30

⑥

59.50

⑦

14.00

✓ cas x 35

756, B
 13/05/22

✓ 2 x 25

✓ 2 x 25

LOT 075041/FC21
 10/2023 PFC 59.50

PPV: 14DH00
 PER: 03/24
 LOT: K955

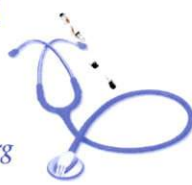
Dr. Naïma EZZAHIRI

Médecine Générale

D.U. Echographie Générale

D.U. Gynécologie Médicale F.M. Strasbourg

D.U. Diabétologie F.M. Montpellier



الدكتورة نعيمة الزاهري

الطبيب العام

دبلوم الفحص بالصدى

دبلوم أمراض النساء من ستراسبورغ

دبلوم أمراض السكري من مونتبلييه

Casablanca, le :

29.07.2021

M^{me} Fatima Farah

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 40DH90

EXP 02/2024

LOT 11025 30

PPV: 56,30 DH

LOT: 21A05D

EXP: 01/2023

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

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

E-mail : naima_ezzahiri@yahoo.fr