

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ctique :

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.

## ntaire :

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° M21- 062419

N.6

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

89835

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2801 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SADIKE ABED ELHADJ AAR

Date de naissance :

01.01.1947

Adresse :

SALARIYAT II Rue 28. TANZANIA

Tél. : 061933520 Total des frais engagés : 503.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Professeur El Mouni Mohamed  
Chirurgien Urologue  
76, Bd. Abdelloumen - Casablanca  
Tél: 0522 25 36 38 Fax: 0522 25 36 38

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Age :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

Nature de la 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05.01.2021		a	2000	Docteur 21.01.2021 Chirurgien Urologue Abdelmoumen - Chir 16-36-Faizat 11 Mohamed
12.01.2021		a	1000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>L'INSTITUT DE RADIOPATHOLOGIE 10, boulevard de l'Industrie 75013 Paris</i>	06/06/2011	6150	100,00

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	21433553

### [Création, remont, adjonction]

gionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

<b>ODF</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	00000000		D ————— G		B	35533411	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
H	21433552													
25533412	00000000													
00000000														
D ————— G														
B	35533411													
35533411	11433553													
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>MONTANTS DES SOINS</b>												
		<b>DATE DU DEVIS</b>												

# Professeur EL MRINI M

## Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le ..... 12 nef 2021

100 191724

74,30

ANER

ARMER

74,30

francs 500

14 x 21,1 a 10

PHARMACIE ERRAHA  
TAZI DRISS  
Cité Djmaa Casablanca  
Tél: 05 22 37 04 42

Professeur EL MRINI Mohamed  
Chirurgien Urologue  
76, Bd. abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80

# Professeur EL MRINI M

## Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le ..... 05 OCT 2021

u Janvier 2022

Wahab A 28,80  
PHARMACIE ZERRAHA  
TAZI DRISS  
Cité Djmâa-Casablanca  
Tél: 05 22 37 04 42

~~PHARMACIE ERRAHA~~  
TAZI DRISS  
Cité Djmâa-Casablanca  
Tél: 05 22 37 04 42

Professeur EL MRINI Mohamed  
Chirurgien Urologue  
76, Bd. abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 36

# Professeur EL MRINI M

## Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le ..... ٠٥.٠٩.٢٠٢١.....

in favor of Dr. EL MRINI M

EL MRINI



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ATLASSI

Telephone: 0522-555-135

ICE: 000815216000020

IF: 40280745

Casablanca le 6 octobre 2021

Madame SADEK ABDELKADER

FACTURE N°	2185		
Analyses :			
Examen cytobacteriologique des urines -----	B	100	
Antibiogramme -----	B	50	Total : B 150
TOTAL DOSSIER		100,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES ATLASSI  
30, bloc B (étage 1), cité D'jamaa, Abata,  
Casablanca / Phone : 0522 555 135



Dossier ouvert le : 06/10/21

Prélèvement effectué à 10:53

Edition du : 08/10/21

**Madame SADEK ABDELKADER**

Né (e) le : 01/01/1947

Référence Dossier : **21J202**

Compte rendu d'analyses \_\_\_\_\_ Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement \_\_\_\_\_

**EXAMENS MICROBIOLOGIQUES****EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES (ECBU):****CARACTERES GENERAUX**

Aspect	:	Trouble	
pH	:	6,5	6 - 7,5
Albuminurie	:	Positif.	
Glycosurie	:	Négatif.	
Nitrite	:	Négatif.	
Sang	:	Positif.	

**EXAMEN CYTOLOGIQUE**

Cellules épithéliales	:	Absence.	
Leucocytes	:	850 000 * /ml	< 10000
Hématies	:	450 000 * /ml	< 5000
Cristaux	:	Absence.	
Cylindres	:	Absence.	
Levures	:	Absence.	

**EXAMEN BACTERIOLOGIQUE**

Coloration de Gram	:	Cocci à gram positif	
Isolement-Identification	:	Staphylocoques à coagulase négative.	
Numération des germes	:	100 000 *	< 10000

**CONCLUSION**

:

Leucocyturie + / Bactériurie + : infection urinaire.

URGENCE EN 30 MINUTE

Page : 1/2



Dossier ouvert le : 06/10/21

Prélèvement effectué à 10:53

Edition du : 08/10/21

Madame SADEK ABDELKADER

Né (e) le : 01/01/1947

Référence Dossier : 21J202

Compte rendu d'analyses \_\_\_\_\_ Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement.

## ANTIBIOGRAMME

**Nature du germe** : *Staphylococcus coag. négative*

**Origine du prélèvement** : **URINES**

Amoxicilline	Résistant	Amoxil, Clamoxyl, Alfamox, Bactox
Cefoxitine	Résistant	Méfoxin
Ceftazidime	Résistant	Fortum, Zidime, Pyociadim
Gentamicine	SENSIBLE	Gentalline, Gentosyl, Gentamen
Tobramycine	SENSIBLE	Nebcine
Ciprofloxacine	SENSIBLE	Ciproxine, Aflox, Ares, Megaflox
Norfloxacine	SENSIBLE	Noroxine, Noracin, Nofloxine, Uroctal
Triméthoprime + Sulfamide	SENSIBLE	Bactrim, Co-trim, Trimox fort
Vancomycine	Non Testé	Vancoline

URGENCE EN 30 MINUTE

Page : 2/2