

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

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.

tique :

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 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.

Adresses Mails utiles



Déclaration de Maladie

N° M21- 067088

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3294

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJEM AHMED

Date de naissance : 02/01/1952

Adresse : HAY LAMON Rue 16 n° 8 C.D

CASABLANCA

Tél : 0632098767

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/11/2021

Nom et prénom du malade : CHERATE NAJAT

Age : 68 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ES

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/11/2011		C. 0570		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/11/11		200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

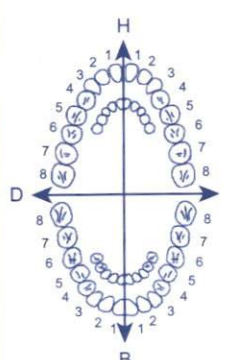
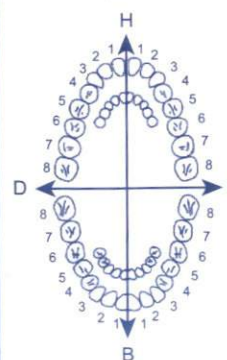
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

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																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي

ⵜⴰⵎⴰⵏⵜ ⵏ ⵓⵎⵎⵓⵔ ⵏ ⵓⵔⵓⵔⵓⵔ

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE

مصلحة
POLYCLINIQUE



الإدارة II

INARA II

12/1/2021

Chenst NASSA

ES D alwer

Gellat
ghale



Docteur Latifa RAFAÏ
MEDECIN URGENTISTE

بوم El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA
 Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06
 RDV : 0522-50-45-13
 INPE: 090001520 ICE: 001757164000080 IF: 1602058



N° IPP : 887971		N° SEJOUR : 210036285		FACTURE N° 2103014006		DATE D'ENTREE : 13/11/2021		DATE DE SORTIE : 13/11/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE : CHERATE,Najat							
MALADE : CHERATE,Najat											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00 200.00	
Intervenant : 46085 DR BENBOUZID ABDELJALIL					TOTAUX :	200.00					200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
					REMISE :	0.00	REGLE :		AVOIR :		
					RESTE DU:	200.00					
DATE FACTURE : 13/11/2021					EDITEE LE : 13/11/2021		PAR: ZARIA		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT :				
					Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA				
					BANQUE :		BMCE - INARA				
					N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91				

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA
Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06
RDV : 0522-50-45-13
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 887971	N° SEJOUR : 210036288	FACTURE N° 2105010796	DATE D'ENTREE : 13/11/2021	DATE DE SORTIE : 13/11/2021
ASSURE :			DESTINATAIRE : CHERATE,Najat	
MALADE : CHERATE,Najat		UF: 5002 URGENCES		
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :		
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :		
TIERS PAYANT 2 :				
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :		

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES SPASFON 1 AMP INJECT	S026	2.00	3.21	6.42					0.00	6.42
FOURNITURES MEDICALES				1.86					0.00	1.86



Total à reporter				95.78		0.00		0.00		95.78
------------------	--	--	--	-------	--	------	--	------	--	-------

N° IPP : 887971	N° SEJOUR : 210036288	FACTURE N° 2105010796	DATE D'ENTREE: 13/11/2021	DATE DE SORTIE: 13/11/2021
UF de présence: 5002 URGENCES				

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				95.78		0.00		0.00		95.78

Intervenant : 10262 DR RAFAI LATIFA (MEDECINE GENERALE)	TOTAUX :	95.78						95.78
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT QUINZE DHS ET SOIXANTE DIX-HUIT CENTIMES		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU:	95.78					
DATE FACTURE : 13/11/2021	EDITEE LE : 13/11/2021	PAR: ZARIA	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
			Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA				
			BANQUE :	BMCE - INARA				
			N° compte bancaire :	011.780.0000 54 210 00 60 016 91				

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 13/11/21

NOM & PRENOM : CHERATE NAJAT

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- Foie de taille normale et d'échostructure homogène.
- Tronc porte de calibre normal et perméable.
- Vésicule biliaire cholecystectomisée sans dilatation biliaire.
- Les voies biliaires intra hépatiques et la voie biliaire principale ne sont pas dilatées.
- Pancréas d'aspect échographique normal.
- La rate est de taille normale et d'échostructure homogène.
- Les deux reins sont de taille normale, de contour régulier avec une bonne différenciation cortico-médullaire sans dilatation des cavités pyélocalicielles ni d'image de lithiase rénale échographiquement visible.

CONCLUSION :

- Aérocolie diffuse sans autre particularité.