

**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° P19- 055285

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02647 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHARAF-EL OSTAFA
Date de naissance : 03/NOV/1957
Adresse : 80, 89, GHANOU 109 CRIAM MAMOUX
RIVIERA / CASABLANCA
Tél : 061189351 Total des frais engagés : 320,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 26/12/2021
Nom et prénom du malade : KHARAF-EL OSTAFA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cancer
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 : CASABLANCA Le : 26/12/2021
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/12/2021	186,40

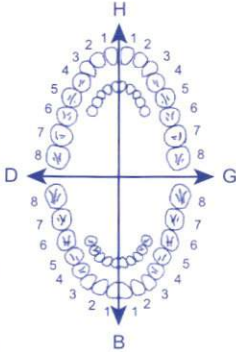
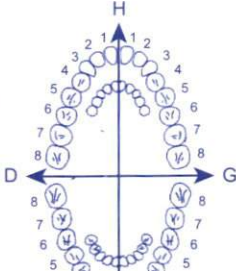
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

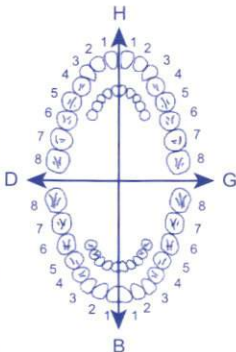
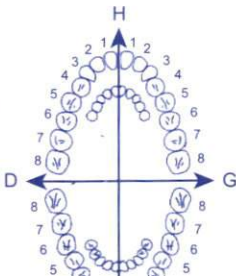
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D ————— G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D ————— G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient									
						COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
							MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>							
								DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>						
									FIN D'EXECUTION <input type="text"/>					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D</div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>G</div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
							DATE DU DEVIS <input type="text"/>							

وصفة
ORDONNANCE



le 26/12/21

PHARMACIE DE LA CITE
PORTUGAISE
Dr. Amine MAROUANI
Rue Hachimi Babbar
Cite Portugaise - El Jorf
Tel : 023 34 04 00

Pharmacie de la Cité Portugaise

34,40

LOT 210325
EXP 02/2024
PPV 34.40DH

2/ Disprin

2 gél.

21,10

1/ Vaglene Sir

1 c.a.s

Lot:
EXP:
PPV (DH):

28,10

74,10

3/ Ods 40 - 5 gél.

LOT 201177
EXP 04/2023
PPV 74.10DH

1 gél.

44,80

4/ Flagyl

186,40

FLAGYL 500 mg
CP PEL 820
P.P.V 490/80
LOT 21008
PR. 03/2026



Dr. RAYAN YOUNIS
Médecin Généraliste

POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA
Route Sidi Bouzid
24000 EL JADIDA
Tél: 0523-39-15-28/35/80 Fax: 0523-39-47-51
INPE: 110001443 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 350086	N° SEJOUR : 210028496	FACTURE N° 2105015733		DATE D'ENTREE : 26/12/2021	DATE DE SORTIE : 26/12/2021
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : RHAREF,El Mostafa	
MALADE : RHAREF,El Mostafa					
NOM JEUNE FILLE :					
TIERS PAYANT 1 :					
TIERS PAYANT 2 :					
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :				

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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00	7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				4.82					0.00	4.82
FOURNITURES MEDICALES				2.04					0.00	2.04

Intervenant : 10000150 RAYYAM YOUNES	TOTAUX :	134.36						134.36
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT TRENTE QUATRE DHS ET TRENTE SIX CENTIMES		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	134.36		AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 26/12/2021	EDITEE LE : 26/12/2021	PAR: RAMDAN	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA			
			BANQUE :		BMCE LOT ALBOUCHRA 6 RTE MARAKCH - ELJADIDA			
			N° compte bancaire :		011 170 0000 08 210 00 60816 58 EL JADIDA			