

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19- 0026254

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.

Prothèse 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.

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5197

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

REDOUANI - BAHITA

Date de naissance :

09/07/1959

Adresse :

N° 12, Rue d'ARMENIE 2 Mars CASA

Tél. :

0661424863

Total des frais engagés :

260,- HT

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ 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 :

CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

28/02/2022


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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/02/22	B 180	26.0 D.H.

AUXILIAIRES MEDICAUX

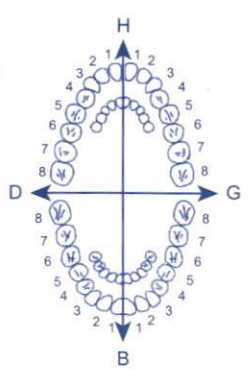
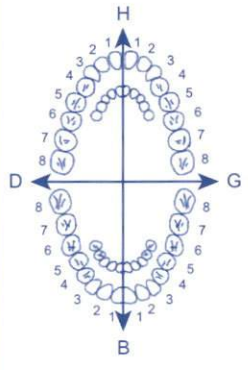
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					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'EX



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Kamal LAHBABI

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien interne des Hôpitaux de Rennes

Ancien praticien de l'institut Bergonié-Bordeaux

Casablanca, le.....

18/02/2022

MME REDOUANI BAHJA

Analyses :

NFS

TRANSAMINASES HEPATIQUES



Dr. Kamal LAHBABI
ONCOLOGUE - RADIOThERAPEUTE 2

Centre International d'Oncologie de Casablanca

4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca

Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

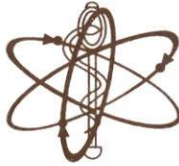
Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

Anoual

Laboratoire de Biologie médicale
Genétique moléculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2202240003

Mme Bahija REDOUANI

Demande N° 2202240003

Date de l'examen : 24-02-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	NF	B80	B

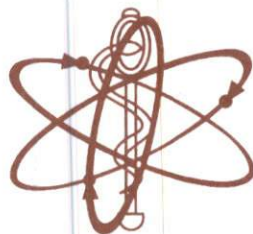
Total des B : 180

TOTAL DOSSIER : 260 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent soixante dirhams DH



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**



Mme Bahija REDOUANI

Né(e) le : 09-07-1959

Dossier N° : 2202240003

Date de l'examen : 24-02-2022

Prélevé le : 24-02-2022 07:25 en interne

Edité le : 24-02-2022

DR : Dr Kamal LAHBABI

Adresse : Centre International D'Oncologie Casablanca

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

HEMATOCYTOLOGIE

Hémogramme

Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

Leucocytes [AC]	5.30	milliers/ μ l	(4.00-10.00)	17-02-2022	6.10
Hématies : [AC]	3.93	millions/ μ l	(3.80-5.80)		4.15
Hémoglobine : [AC]	11.9	grs/dL	(11.5-16.0)		12.5
Hématocrite : [AC]	36.3	%	(37.0-47.0)		38.0
VGM : [AC]	93.0	μ 3	(80.0-100.0)		92.0
TCMH : [AC]	30.4	pg	(27.0-32.0)		30.0
CCMH : [AC]	32.8	g/dl	(32.0-36.0)		32.7
RDW : [AC]	15.4	%	(11.0-16.0)		15.4
Polynucléaires Neutrophiles :	67.1	%			47.2
Soit:	3.56	milliers/mm3	(2.00-7.50)		2.88
Polynucléaires Eosinophiles :	1.3	%			1.0
Soit:	0.07	milliers/mm3	(0.00-0.50)		0.06
Polynucléaires Basophiles :	0.5	%			1.1
Soit:	0.03	milliers/mm3	(0.00-0.20)		0.07
Lymphocytes :	23.6	%			39.7
Soit:	1.25	milliers/mm3	(1.00-4.00)		2.42
Monocytes :	7.5	%			11.0
Soit:	0.40	milliers/mm3	(0.20-1.00)		0.67
Plaquettes : [AC]	367	milliers/ μ l	(150-500)		502

ENZYMLOGIE

Echantillon primaire : plasma hépariné

Transaminases GOT (ASAT) [AC] (IFCC, sans phosphate de pyridoxal - Cobas 6000® Roche)	19	UI/L	(<32)	16-12-2021	19
Transaminases GPT (ALAT) [AC] (IFCC, sans phosphate de pyridoxal - Cobas 6000® Roche)	23	UI/L	(<33)	16-12-2021	17

