

# 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.

## Radiologie 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 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- 048131

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 83314 Société :

Actif  Pensionné[e]

Nom & Prénom : ETTAHALI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662360713 Total des frais engagés : ..... 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 : Abcès - Matériau d'ostéosynthèse

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**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 tenu 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 l'OD.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
000000000	000000000
000000000	000000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 in each quadrant. The quadrants are labeled D (left), H (top), B (bottom), and G (right). The teeth are arranged in a curved pattern, with 1 at the top center, 2 and 3 on the upper left and right, 4 and 5 on the lower left and right, 6 and 7 on the upper left and right, and 8 at the bottom center. Arrows indicate the cardinal directions: North (H), South (B), East (G), and West (D).

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

# CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD

Casablanca

Tél : 40.40.40 (3 lignes groupées )

Fax : 40.40.10

# مصحة بلغردير

150، شارع باحمداء  
الدار البيضاء،

الهاتف : 40.40.40 ( 3 خطوط مشتركة )

فاكس : 40.40.10



Casablanca, le ..... 28/03/2022 .....

le Docteur MAHRAOUI .....

prie M..... SETTA HALI..... MOHAMMED .....

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et  
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires  
pour .....

13000 Dhs

S'élevant à la somme de .....

Dr. Mohamed Amine MAHRAOUI  
Tradmatologie - Orthopédie  
Arthroscopie - Chirurgie Sport  
106, BO 21473 Rés AYAN AL KHAIMA  
Casablanca Tel: 0522 816118

# CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD

Casablanca

Tél : 40.40.40 (3 lignes groupées )

Fax : 40.40.10

مصحة بلڤدیر

150، شارع باحمداء  
الدار البيضاء

الهاتف : 40.40.40 ( 3 خطوط مشتركة )  
فاكس : 40.40.10



Casablanca, le ..... 08 / 03 / 2022 ..... 12 .....

le Docteur ..... AMHAMEDI .....

prie MA ..... ZETTAHALI MAMHAMDI .....

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et  
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires  
pour .....

200, -

S'élevant à la somme de ..... Dhs

Dr. PAMHAMEDI CH. Ab.  
ANESTHESISTE - REANIMATEUR  
CLINIQUE DU BELVEDERE  
150, Bd. De Hassan (Belvédère)  
Tél: 0525 44 22 22

# CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD - CASABLANCA  
Tél. : 0522 40.40.40 (3 lignes groupées)  
Fax : 0522 40.40.10  
E-mail : massahat.belvedere150@gmail.com



# مصحة بلفدير

150، شارع باحمداد - الدار البيضاء  
الهاتف: 0522 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)  
fax: 0522 40.40.10  
البريد الإلكتروني: massahat.belvedere150@gmail.com

Casablanca, le .....

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

Concernant M<sup>me</sup> ETTAHALI MOHAMED

Date de naissance : 1955

Date d'intervention : 08/03/2022

Opérateur : DR MAHRAOUI « TRAUMATOLOGUE »

Anesthésiste Réanimateur : DR LAMHAMEDI CHERRADI AB

Indication :

Ablation du matériel  
d'ostéosynthèse (A10)

Intervention : Son, AC, DD, TO, antibio prophylaxie

- Infiltration à la roche

- Ablat- des broches

- Fermeture cutanée

- 2<sup>st</sup> Dr. Mohamed Amine MAHRAOUI  
Anhrc 05.80 Casablanca 15000 Spécial  
Khartoum 22-03-10

Dr. Mohamed Amine MAHRAOUI  
Anhrc 05.80 Casablanca 15000 Spécial  
Khartoum 22-03-10

# CLINIQUE DU BELVEDERE

150, Boulevard BAHMAD - CASABLANCA

Tél. : 0522 40.40.40 (3 lignes groupées )

Fax : 0522 40.40.10

E-mail : massahat.belvedere150@gmail.com



# مصحة بلفدير

شارع باحمداد - الدار البيضاء 150

الهاتف: 0522 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)

fax: 0522 40.40.10

البريد الإلكتروني: massahat.belvedere150@gmail.com

Casablanca, le .....

Le 08/03/2022



FACTURE N° 81/22 M

Nom/Prénom du Patient	Facture N°	PEC	Date d'entrée	Date de sortie
Mr ETTAHALI MOHAMED	81/22 M	PAYANT	08/03/2022	08/03/2022

Désignation des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant/DHS
SALLE D'OPERATION				1 000,00
DR MAHRAOUI TRAUMATOLOGUE				1 300,00
DR ANESTHESISTE REANIMATEUR				200,00
TOTAL GENERAL :				2 500,00
Arrêtée la présente facture à la somme de:				
DEUX MILLE CINQ CENT DHS.				

TOTAL GENERAL :	2 500,00
Arrêtée la présente facture à la somme de:	
DEUX MILLE CINQ CENT DHS.	

Mode de règlement :	ESPECES
---------------------	---------

PATENTE N°:31220185

R.C: CASABLANCA 59215

RIB : 007780000274200000006529

I.F: 01600426

CNSS:2153279

ATTIJARIWAFA BANK BELVEDERE CPTE N° 274 S 0000 65

ICE: 000084378000033

مصحة بلفدير  
CLINIQUE DU BELVÉDÈRE  
150, Boulevard Bahmad  
Tél: 0522 40.40.40 Fax: 0522 40.40.10  
CASABLANCA  
Signature

# **CLINIQUE DU BELVEDERE**

150, Boulevard BAHMAD - CASABLANCA  
Tél. : 0522 40.40.40 (3 lignes groupées )  
Fax : 0522 40.40.10  
E-mail : massahat.belvedere150@gmail.com



# **مصحة بلڤدیر**

150، شارع باحمداد - الدار البيضاء  
الهاتف: 0522 40.40.40 (3 خطوط مشتركة)  
الفاكس: 0522 40.40.10  
البريد الإلكتروني: massahat.belvedere150@gmail.com

Casablanca, le .....

08/03/2022

## **BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE**

- *Nom / Prénom du Bénéficiaire* : **Mr ETTAHALI MOHAMED**  
➤ *Lien avec l'adhérent* : **LUI MEME**  
➤ *Date d'entrée* : **08/03/2022**  
➤ *Date de sortie* : **08/03/2022**

Signature

: *L'Adhérent :*

: *L'Administration*

