

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## biologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## die 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

Nº M21- 070013

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1339 Société : RAM 110439

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retiré

Nom & Prénom : MATHIRI Mohammed

Date de naissance :

Adresse : Sidi Khodja Bloc 12N 19 Hay Hassan

Case

Tél. 06.61.93.79.85 Total des frais engagés : 3500 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/08/2018

Nom et prénom du malade : HASSIB KELLOU Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Colite/épiphysite

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) : Mathiri

Le 04/10/2018

## RELEVE 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
21/03/2012	CONSULTATION POLYVALENTE	1	150,00	DR. ZIRADJI

RELEVE DES		
	Natures des Actes	Nombre et Coefficient
1. <del>CASSEZ LA CONSULTATION</del> 2. <del>LA POLYCLINIQUE</del> 3. <del>ZIRAGUI</del>		

## 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
	21.03.22	Échus	Service Radiologique 209.00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important:

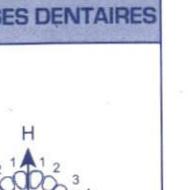
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]

<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> $  \begin{array}{c c}  H & \\  \hline  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  D & G \\  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553 \\  \hline  B & \\  \end{array}  $ <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<b>Coefficient des travaux</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DATE DU DEVIS</b>
		

# وصفة

## ORDONNANCE

le 21/03/22

江山 江山

Gobepue Hyperthy

Zad and el





N° IPP : 737570	N° SEJOUR : 220008906	FACTURE N° 2202002701				DATE D'ENTREE : 21/03/2022		DATE DE SORTIE : 21/03/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		MASTARI, Keltoum		
MALADE : MASTARI, Keltoum		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0200036 DR SEKKAT NASREDDINE	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00				AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 21/03/2022	EDITEE LE : 21/03/2022	PAR: SIBA	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA	N° DE POLICE :							DATE AT :	
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI									
BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA									
N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54									

CAISSE DE LA CONSULTATION  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
ZIRAOUI



15

N° IPP : 737573	N° SEJOUR : 220008912	<b>FACTURE N° 2203002349</b>				DATE D'ENTREE : 21/03/2022	DATE DE SORTIE : 21/03/2022			
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : MASTARI, Keltoum		UF: 5003 RADIOLOGIE				MASTARI, Keltoum				
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
ACTES DE RADIOLOGIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 51213 DR BENBRAHIM ABDELILAH RADIOLOGUE		TOTAUX : 200.00								200.00			
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS				PLAFOND PC :				ACOMPTE :					
				REMISE : 0.00				REGLE : 200.00					
				RESTE DU: 0.00				AVOIR :					
DATE FACTURE : 21/03/2022		EDITEE LE : 21/03/2022 · PAR: R8280		ACCIDENT DE TRAVAIL :									
VISA		N° DE POLICE :				DATE AT :							
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI													
BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA													
N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54													



Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur - Panoramique Dentaire -  
Ostéodensitométrie - Scanner Multibarettes.

Casablanca, le 21/03/2022

**NOM DU PATIENT : Mme MESTARI KELTOUM**

**Médecin Demandeur : Dr N. SEKKAT**

## ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Vésicule biliaire : lithiasique, faite d'un calcul de 1.5 cm

Absence de dilatation des voies biliaires intra-hépatique et de la voie biliaire principale.

Absence d'épanchement pariétale.

Le tronc porte de calibre normal et perméable.

Foie homogène de volume normal de contours réguliers. Stéatose

La rate et le pancréas sont normaux.

Les deux reins sont de taille et d'échostructure normales, de contours réguliers.

Absence de dilatation des cavités excrétrices

## CONCLUSION :

Vésicule biliaire litilithiasique.

Echographie abdominale est sans particularité par ailleurs.

Dr A. BEN BRAHIM  
Service Radiologie  
Polyclinique CNSS Ziraoui

Dr. Mostari Keltoum

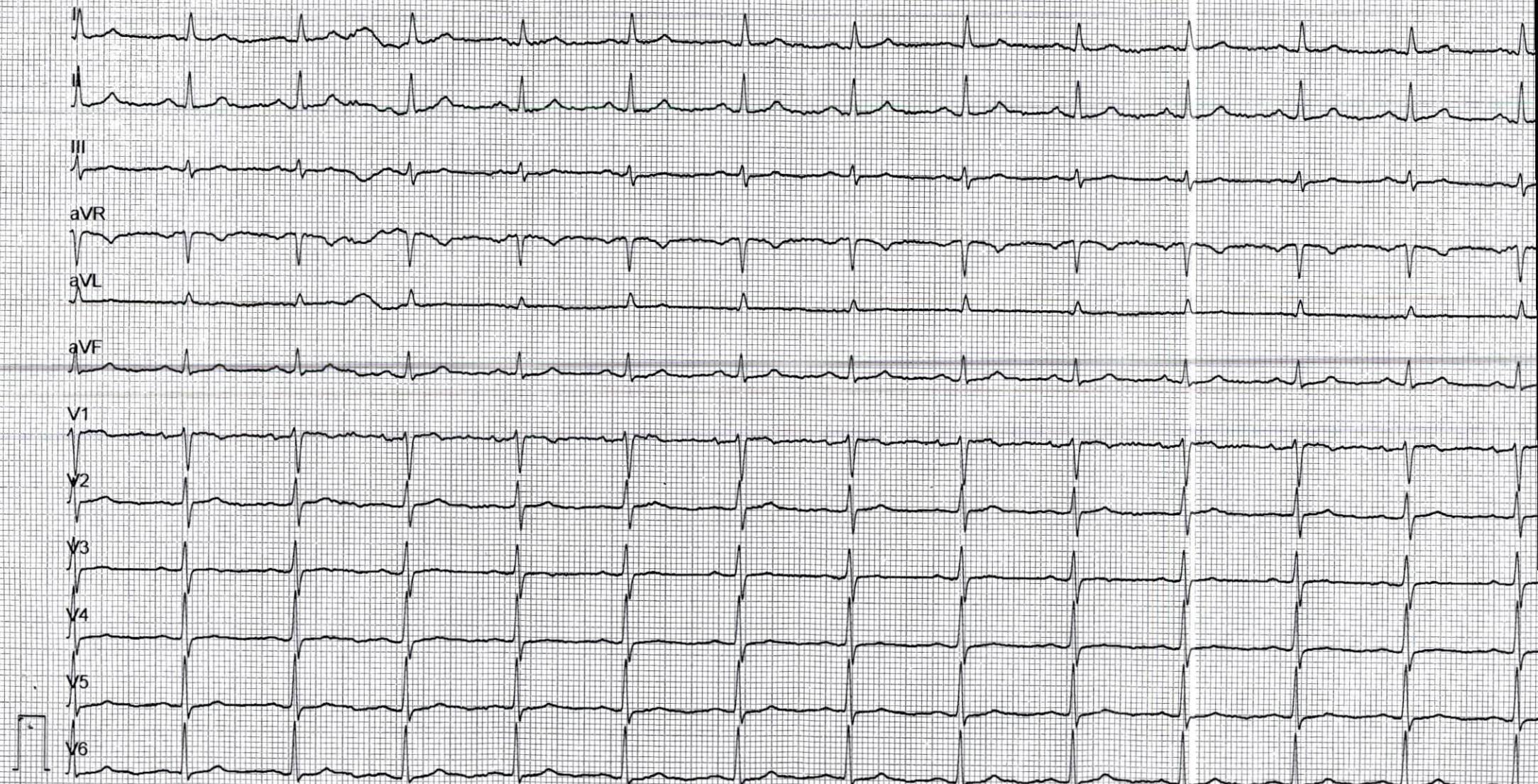
DA = 11/6

02.04.2022 11:24:58  
CLINIQUE YASMINE  
BOULEVARD SIDI ABDERRAHMANE  
CASABLANCA

Localité:  
Chambre:  
Numéro d'ordre:  
Indication:  
Médicament 1:  
Médicament 2:  
Médicament 3:

72 /min

Utilisat.  
Méd. requérant:  
Méd. référant:  
Med. soignant:



GE MAC2000

1.1

12SL™ v241

25 mm/s 10 mm/mV

ADS 0.56-20 Hz 50 Hz Rythme





POLY CNSS ZIRAOUI      MASTARI KELTOUM,  
21/03/22 12:00:36      ADM 210322-115849

MI 1.2      Tls 0.5 4C

Abdomen

FR 28

AO% 100

0 - CHI  
- Frq 4.0  
- Gn 52  
- S/A 4/3  
- Cte H/0  
- D 17.0  
- DR 75

5 -

10 -

15 -



POLY CNSS ZIRAOUI      MASTARI KELTOUM,  
21/03/22 12:00:23      ADM 210322-115849

MI 1.2      Tls 0.5 4C

Abdomen

FR 28

AO% 100

0 - CHI  
- Frq 4.0  
- Gn 52  
- S/A 4/3  
- Cte H/0  
- D 17.0  
- DR 75

5 -

10 -

15 -



1 L 1.52 cm