

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## optique :

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.

## 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° P19- 064011

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	6826	Société :	111495
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KARIFI EL MOSTAFA			
Date de naissance : 1.1.1944			
Adresse : 33 LOT. ESSALATA II SIDI NAAROUF CASA			
Tél. :	0676794389	Total des frais engagés :	558 60 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nabiha BENCHEKROUN  
Professeur d'Ophtalmologie  
Neuroophthalmologie  
Explorations Fonctionnelles Visuelles  
Hôpital Cheikh Zaïd  
INPE : 101107795

Date de consultation : 18/03/2022

Nom et prénom du malade : KOUTOUNI Nabiha Age: 78

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

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

Le : 18/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Type d'Assuré	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
NA/02/2022	Hôpital Cheikh Zaid Admission: N° 73 * Hôpital Universitaire International	1 patient Inapte	250 Dhs Explorations Fonctionnelles Visuelles	<del>Dr. Nadia BENCHEKROUFI Professeur d'Ophthalmologie Neuroophthalmologie Explorations Fonctionnelles Visuelles Hôpital Cheikh Zaid INPE : 101107795</del>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/02/2017	308,- 60

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **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

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		Coefficient DES TRAVAUX
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS



Rabat, le :

**Docteur : Dr. Nabiba BENCHEKROUN**  
Professeur d'Ophtalmologie  
Neuroophthalmologie  
Explorations Fonctionnelles Visuelles  
Hôpital Cheikh Zaid  
INPE : 101107/95

129,00 x 2

Aictear

**SYNTHEMEDIC**  
22-24 Rue Zoubeir Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 129.00

Visneeroy,

18Hex31g os 4  
x 3mcy

Prince - B fort

308,6

~~1 CP x 2 J~~

Dr. Nabiha BENCHEKROUN  
Professeur d'Ophtalmologie  
Neuroophtalmologie  
Explorations Fonctionnelles Visuelles  
Hôpital Cheikh Zaid  
INPE : 101107795

PPV  
LOT  
PER

A circular blue ink stamp. The outer ring contains the word "PHARMACEUTICALS" at the top and "INDIA" at the bottom. The inner circle contains the text "FOLIOLUS Abdicatus" at the top and "Daucus carota L." at the bottom.

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Rabat, le : .....

Docteur : .....

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

### Service Admission/Facturation

**Consultation le : 18/02/22 Quittance N°**

IPP : 1 579 561    N° de dossier : C223375870

DI : 2 921 205

Patient : MOUTMINE AICHA

Montant : 250,00 Dh (deux cent cinquante et xx / 100)

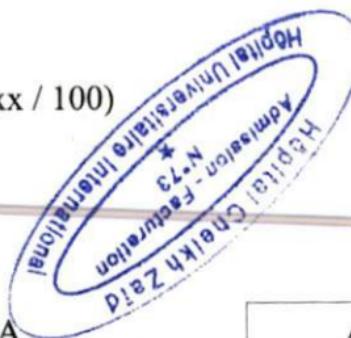
Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 18/02/2022

Description :

Medecin : C0334 BENCHEKROUN NABIHA

Motif : CONSULTATION RÉGULIÈRE



**Assurance**

CLIENTS PAYANTS

**Paiement effectué à la CAISSE OPHTA**

*Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.*

*Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.*

**Cachet du caissier :**

N° 1909879