

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

diologie 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.

ntaire :

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.

ladie 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- 0021302

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6054 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELYASSI AHMED Date de naissance : 30.06.1941

Adresse : Hausmou Bentou KHATTAB Rue 25 N° 67

Tél. : 06.51.22.51 Total des frais engagés : 1080 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/06/2019

Nom et prénom du malade : ELYASSI AHMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pneumopaste. Fracture

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
03 06 10/03	teuth		grecel	Dr. Mohammed NEUROLOGY centre médical Sidi Othmane étage 10 Mars, sidi Othmane Avenue 0522374183 -CASA

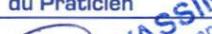
EXECUTION DES ORDONNANCES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Spins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 Chaimaa TAYASSINE Kinésithérapeute - Physiothérapeute Bd. Med VI. Resi. Abraj ELFida. Unit 1010. 6/6/619 Etg 2. n°5. Casa Tel.: 05.22.83.83.21 Fax: 21/06/619	21/06/619		rééducation fonctionnelle			110 DHS + 09 séances = 1180 DHS

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'ostéodensitométrie.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE													
	H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
<hr/>														
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS													
		DATE DU DEVIS												

- Ex attaché au C.H.U. IBN ROCHD
- Spécialiste des maladies du système nerveux, du Muscle et de la colonne vertébrale
- Epilepsie
- Electroencephalographie (EEG)
- Electroneuromyographie (EMG)

- طبيب ملحق سابق بمستشفى ابن رشد
- اختصاصي في أمراض الجهاز العصبي والعضلي و الجهاز الفقري
- مرض الصرع
- التخطيط الكهربائي للدماغ
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والدماغ

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le 03/6/19 الدار البيضاء في

Sidi Othmane Almed

9 fevr ch l'ame pu
 un larby ni fousale
 fenzheur d'nbk

3/6/19



شارع 10 مارس، ساحة العمالة، ~~الميدان~~^{الميدان} الثالث المركز الطبي (قرب أسيما) سيدى عثمان. البيضاء
 BD, 10 Mars, Place de la préfecture, 3ème étage, Centre médical - SIDI OTHMAN - CASA
 Fixe : 05 22 37 41 63 - Mobile : 06 65 10 46 10 - المحمول : 05 22 37 41 63
 الهاتف :

عيادة الترويض الطبي والعلاج الفيزيائي

Cabinet de Kinésithérapie et Physiothérapie

Chaimaa TAKYASSINE

Kinésithérapeute

Physiothérapeute



شيماء تكياسين
أخصائية في الترويض الطبي
والعلاج الفيزيائي

Casablanca, le 21/06/2019

HONORAIRES

FACTURE

Chaimaa TAKYASSINE

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

Bd. Med VI. Rési. Abraj EL Fida, Imm F

Etg 2, n°5 Casa Tél.: 05.22.83.83.27

Nom et Prénom : El yASSINI Ahmed

La somme de : 1080,00 Dhs (120 Dhs x 09 séances)

Mille quatre-vingts Dirhams

Pour 09 séances de néducation

Pour Paralysie facial droite

ICE:001583243000048

Signature

Chaimaa TAKYASSINE

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

Bd. Med VI. Rési. Abraj EL FIDA, Imm F

Etg 2, n°5 Casa Tél.: 05.22.83.83.27