

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

onditions 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.

ique :

- 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 canaux, 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 canaux.

adie 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- 050649

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3081 Société : 76407

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : RAOUZ AHMED

Date de naissance : 1982

Adresse :

Tél. : 066247016 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RAOUZ AHMED Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : pied diabétique

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 : 30/06/21

Signature de l'adhérent(e) :

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
31/05/21				
7/6/2020				
3/6/2020				
10/6/2020				

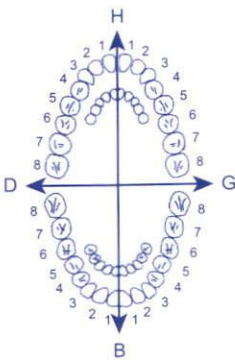
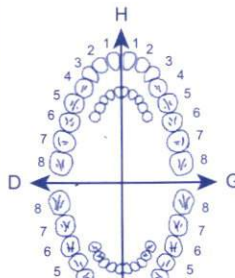
[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	31/05/21	Changement de pansement				120,00 DH
	07/06/21	Changement de pansement				120,00 DH
	03/06/21	Changement de pansement				120,00 DH
	10/06/21	Changement de pansement				120,00 DH

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 l'

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																	
		<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</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><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le

31/5/2014

MR RAOUZ AMMED

Faire SOP

Pas mal sig/2
pas pied châtie

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

21/5/2021

Mr RAOUF

Faire SUP

chargé de prescrire sig/2

(1) Application de Betadine normale.

(2) Rinsage au Sérum Salé

(3) Séchage

(4) Application de Betadine stérile

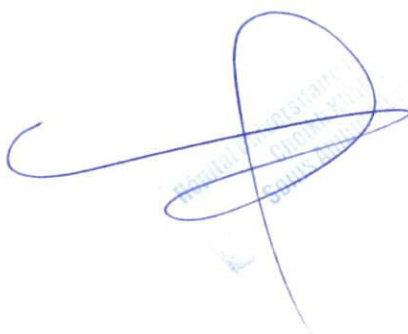
(5) Compresse et Bande Velpeau

F A C T U R EN° **68 396 / 2021** du **10/06/2021**Nom patient : **RAOUZ AHMED**Entrée **10/06/2021**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **10/06/2021**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Changement de pansement	1,00		120,00 Sous-Total	120,00 120,00
Total Frais Clinique				120,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
CENT VINGT DIRHAMS	Total 120,00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	120,00				120,00	0,00



F A C T U R E

N° 62 507 / 2021 du 31/05/2021

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 31/05/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 31/05/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Changement de pansement	1,00		120,00	120,00
			Sous-Total	120,00
Total Frais Clinique				120,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
CENT VINGT DIRHAMS	Total 120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 66 265 / 2021 du 07/06/2021

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 07/06/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 07/06/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Changement de pansement	1,00		120,00	120,00
			Sous-Total	120,00
Total Frais Clinique				120,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
CENT VINGT DIRHAMS	Total 120,00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	120,00				120,00	0,00

Signature

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Sous-Ambulances

F A C T U R E

N° 64 688 / 2021 du 03/06/2021

Nom patient : **RAOUZ AHMED**

Entrée 03/06/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 03/06/2021

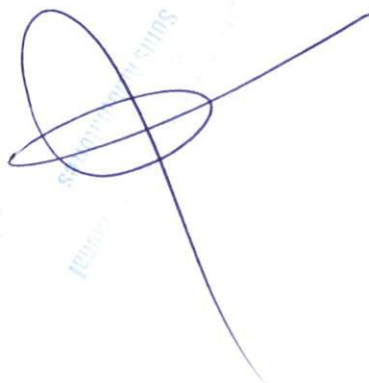
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Changement de pansement	1,00		120,00	120,00
Total Frais Clinique			Sous-Total	120,00
				120,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT VINGT DIRHAMS

Total 120,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	120,00				120,00	0,00





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 10 / 06 / 2011

Quittance - Paiement espèces

0578045

IPP :

N° D'admission : 210356085 Montant : 120 000

Patient : RAOUZ AHMED



Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 03.06.2021

Quittance - Paiement espèces

0577977

IPP :

N° D'admission : Montant : 12,00

Patient : 10002 2176

Cachet



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 07/06/2021

Quittance - Paiement espèces

0576954

IPP :

N° D'admission : 210035469 Montant : 120 DM

Patient : RAOUZ AHMED

Cachet





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 31 / 05 / 2021

Quittance - Paiement espèces

0573781

IPP :

N° D'admission : Montant : 12,00

Patient : 20012 A1760

