

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1682 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 1358283 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Affectation Dr. Mohamed LEMSEFFER, Chirurgien Orthopédiste, Clinique Zerkouni, Casablanca, Maroc, Avenue Zerkouni, Casablanca, Maroc, Pathologie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **M22-0009913**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 Règlement des Actes
21/08/2011			G	Dr. Mohamed ZEMSEF Chirurgien Orthopédiste Clinique Zektaoui - Casablanca Angle Bd. 9 Avril et Md. Abdou

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	10/08/2011	10	10	10	10	100

VOLET ADHERENT

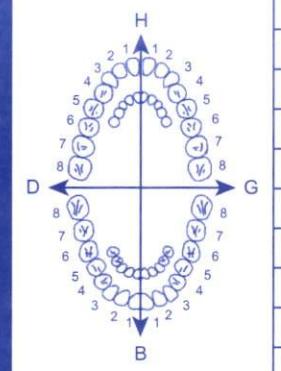
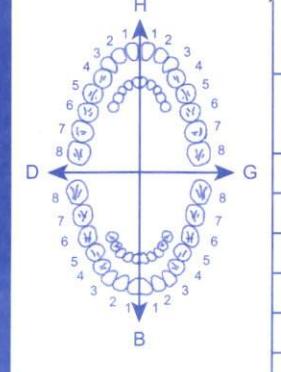
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
		35533411		11433553
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET MOHAMMED BENADADA DE
KINESITHERAPIE

Casablanca le.....19/9/27



Concernant Mr , MmeKADIMA EL MOUNIM

1 Séance coûte14000.....

.....Séances coûtent28000.DH.

SIGNATURE

Mohamed BENADADA
Kinésithérapeute
Res. Jawhara Rue 12 Imm 9 Etage 1 App 6
Sidi Moumen Casablanca



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمقابلات
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 31.8.22

M ELNANOUNI KUDJA

- do 28 Juillet 2022
I.M.S Bl. fm Rech
cuisse de l'ext. Bay
L'hum (+ 114 gr)
Le Dr. D. (H) trés
stew
→ physio - US

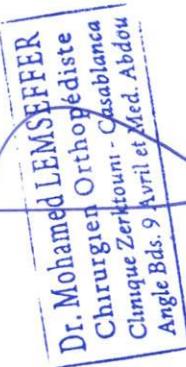
Dr. Mohamed LEMSEFFER
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bds. 9 Avril et Med. Abdou

Raider

- Peut bouger et
SANS douleur

Pr. Raïder

33/ce



إشهاد

أنا الموقعة أسفله:

خديجة المنوني، مغربية الجنسية، حاملة لبطاقة التعريف الوطنية عدد BH 07712 صالحة إلى غاية 15/09/2029 والساكنة بقصر لبحر 2 زنقة 8 رقم 56 ق.ج. الدار البيضاء.

بموجب هذا الإشهاد الذي ستنتمي المصادقة عليه لدى السلطات المختصة بصفة قانونية، أشهد على نفسي شهادة تامة وأصرح على أنني تعرضت لحادثة سقوط بالبيت بتاريخ 06/07/2022 حوالي الساعة 18H00، حيث كنت أقوم بأشغال التنظيف ووقيعت أرضاً بعدهما انزلقت وأصبت بكسر مزدوج على مستوى الكتف الأيسر، الأمر الذي تطلب معه إجراء فحوصات طبية وعملية جراحية لترميم الكسر بواسطة مرممات حديدية.

وبه أشهد وعلى صحته أمضي.

حرر بالدار البيضاء في: 21/09/2022

الإمضاء:
خديجة المنوني

الحسن حلي
ضابط المفتي المدنية بالتفريض
Laïcen HALLY
Officier d'Etat Civil par délégation