

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

## itions 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.

## rmacie :

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.

## tique :

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.

## 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- 0012401

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6644 Société : Retraite

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BALAHNA BELKAÏD Date de naissance : 15/04/1957

Adresse : LOGEMENT imm 35ETGAD APPARTANCIER

Tél. : 0522524696 Total des frais engagés : 620 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation 29/6/019

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : TBC

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

#### **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
29/6/09	CME	100	100	Signature overruled by blue stamp: VISA PAYMENT MADE

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Héparine CASAB Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BOULEVARD QODS SLAOUI HAMDA ZAHRA</b> 54, Boulevard El Qods Tél.: 05 22 52 39 39 Casablanca	29.06.19	320.40

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01-02-19. 610.		100,00
			Dr. Abdellah BENRAHIM Medecin Radiologue Polyclinique CHSS DEBB-CHALEF

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoriaires
		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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D —————  
00000000 00000000

**[Création, remont, adjonction]**



درب غالف

Derb Gallef

Le 29/6/019

Dr AARAK Fehme

34.60

boutix 40 S.V.

Thi

80.-

An hui b 75

V

Thi

74.60 x 2

Unes (hao, 25us)

A's

56.60

St 1 hox S

A's

390.40

Thi

M 17058

PHARMACIE BOULEVARD  
SLAOUI HAWADDA  
54, Boulevard El Oued  
Tél.: 05 22 52 39 39  
Casablanca



Adresse: Rue Addamane - Casablanca - Tél.: 0522 86.30.20 - Fax: 0522 86.42.05

Titulaire de l' AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 0,25 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200757

PPV : 74 DH 60

Titulaire de l' AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 0,25 µg capsule  
Boîte de 30 capsules

6 118001 200757

PPV : 74 DH 60

Lot : 1001  
Per : 12/20

P.P.V : 240 DH

Lagilix 40mg  
20 Cp séc

6 118000 060468

ANGINIB 50 mg  
28 Comprimés pelliculés

6 118000 050636

Lot : 813  
Per : 09/20  
STILNOX 10MG  
OP PEL SEC B20

6 118000 061465



الضمان الاجتماعي  
Le CNSS - Le Maroc  
CNSS  
Le devoir de vous protéger

وصفة  
ORDONNANCE



Le 01/10/15 -

M ARAZ Htai



Doktori Upori  
Asra ??.

H Elmo Wark

BENDAHMANE  
Hépatogastroentérologue  
CASABLANCA

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef  
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux  
 20100 CASABLANCA  
 Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020  
 INPE: 090001512 ICE: 00175736400080 IF: 1602058



N° IPP :	1071338	N° SEJOUR :	190042999	FACTURE N° 1902012501				DATE D'ENTREE :	01/07/2019	DATE DE SORTIE :	01/07/2019			
ASSURE :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				DESTINATAIRE :						
MALADE : ARRAK,Fatima				N° IMMAT C.N.S.S :				ARRAK,Fatima						
NOM JEUNE FILLE :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 1 :				N° SE. SOC. ETRANG. :										
TIERS PAYANT 2 :														
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		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
CONSULTATION DE MEDECIN.				CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	
Intervenant : 02022017 DR BENDAHMANE ASMAE GASTRO-ENTEROLOGIE						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 : 01/07/2019 EDITEE LE : 01/07/2019 PAR: AZEDIN						ACCIDENT DE TRAVAIL :								
VISA						N° DE POLICE :								
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef								
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA								
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31								



**SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE-DERB GHALLEF**  
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE-ECHOGRAPHIE-DOPPLER-SCANNER

**ARRAK FATIMA**  
**EXT**  
**02/07/2019**

**ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

Présence d'épanchement intra pariétal de grande abondance

Foie cardiaque avec dilatation des VBIH et VCI

Vésicule biliaire alithiasique à paroi épaisse de 10 cm

Absence de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et de la VBP.

Le tronc porte est de calibre normal et perméable.

Les reins sont petit taille différencie et non différencie

Rate et le pancréas sont normaux

Absence d'épanchement intra-péritonéale.

Vessie de contours réguliers

**CONCLUSION :**

Ascite importante dans l'espace péritonéal et de grande abondance

Foie cardiaque

Cholécystites aigüe alithiasique VBIH VCI

Reines des petites tailles dédifférencies IRC

Absence de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et de la VBP.

Rate et pancréas de taille normale Dr. Abdellah BENBRAHIM

Reins de taille normale Dr. BENBRAHIM

Vessie de contours réguliers

Épanchement intra pariétal important

Dr. Abdellah BENBRAHIM

D

Acide urique (J1) .....	314,63 µmol/l	154,66 à 356,91
Spectrophotométrie (Architect ci4100)		
Cholestérol .....	1,18 g/L	1,16 à 2,20
Spectrophotométrie (Architect ci4100)		
Triglycérides .....	1,35 g/L	0,35 à 1,59
Spectrophotométrie (Architect ci4100)		
Cholestérol H.D.L. ....	0,35 g/L	0,35 à 0,86
Spectrophotométrie (Architect ci4100)		
Rapport Cholestérol total / H.D.L. ....	3,37	Inf. à 4,90
Dosage du Cholestérol L.D.L .....	0,56 g/L	
Rapport Cholestérol H.D.L/L.D.L .....	0,63	

	<b>LDL</b>
	<b>g/l</b>
<b>Prévention primaire</b>	
• sujets sans autre facteur de risque	< 2,20
• sujets ayant un autre facteur de risque	< 1,90
• sujets ayant deux autres facteurs de risque	< 1,60
• sujets ayant plus de deux autres facteurs de risque	< 1,30
<b>Prévention secondaire</b>	
• sujets ayant une maladie coronaire	< 1,30
<b>Prévention secondaire US</b>	
• sujets ayant une maladie coronaire	< 1,00

Ce tableau se réfère aux valeurs énoncées par l'AFSSAPS en 2005.

Sodium .....	133 mmol/L	136 à 145	14/02/19
Potassium .....	5,7 mmol/L	3,5 à 5,1	14/02/19
Calcium (J1) .....	2,36 mmol/L	2,20 à 2,50	08/05/19
Spectrophotométrie (Architect ci4100)			2,35
Phosphore (J1) .....	0,85 mmol/L	0,80 à 1,45	08/05/19
Spectrophotométrie (Architect ci4100)			1,26
Protéine C réactive .....	15,7 mg/L	Inf. à 10	
Spectrophotométrie (Architect ci4100)			

## Vitamines

	Valeurs de référence	Antériorités
Vitamine D2/D3 .....	21 ng/mL	14/02/19

(Résultat obtenu par technique Enzyme Linked Fluorescent Assay)

23

Déficit	: < 20 ng/ml
Carence	: 20 - 29 ng/ml
Normale	: 30 - 100 ng/ml
Toxicité	: > 100 ng/ml

Validé le 18/06/19

د. عبد الرحيم بلال  
Dr. Abderrahmane BELLAL  
Médical Biologiste  
Institut Pasteur du Maroc  
T +212 522 4004 71 172





N° IPP : 1079518 N° SEJOUR : 190043166

**FACTURE N° 1905030008**

DATE D'ENTREE : 02/07/2019

DATE DE SORTIE : 02/07/2019

ASSURE :

MALADE : ARRAK, Fatima

UF: 5002 URGENCES

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. :

DESTINATAIRE :

ARRAK, Fatima

**NATURE DE PRESTATION**LETTRE  
CLENOMBRE  
x COEFPRIX  
UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

TIERS PAYANT 2

PART DU MALADE

% / Dh

MONTANT

% / Dh

MONTANT

% / Dh

MONTANT

**ACTES DE RADIOLOGIE**

ECOGRAPHIE

ECHOGR

1.00

200.00

200.00

0.00

200.00

Intervenant : 18102013 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

AVOIR :

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE : 02/07/2019

EDITEE LE : 02/07/2019

PAR: LAHLOU

**ACCIDENT DE TRAVAIL :**

DATE AT :

N° DE POLICE :

VISA

Règlement à effectuer à l'ordre de :

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

BANQUE :

BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA

N° compte bancaire :

011 780 0000 70 210 00 60 028 31