

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

Informations 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.

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.

Entretien :

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- 068662

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3191

Société : 3513F

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ADNAN AOUNA

Date de naissance : 1956

Adresse : 13 rue des Flânes 01920 VILLEURBANNE

Tél. : 0665169025

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/06/2014

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : hémato

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie de la coiffe

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 : CA SA

Le : 27/07/2014

Signature de l'adhérent(e) : Adnane Aouna

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
22/06/20				SOUEIR * 22/06/2010 * POLYCLINIQUE CNS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ABBEY	22/06/2010	328,30
18, Rue Abou Abdeillah Marrakech Tel: 05 22 99 01 10 Fax: 05 22 99 01 93		

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/06/2010 Rx		170,00
	24/06/2010 ECHO		
		PI CHIKH	
		Radiologue	
		Polyclinique CNS	
		Derb Ghalef	

AUXILIAIRES MEDICAUX

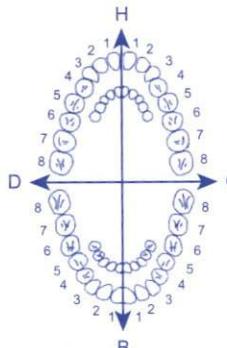
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	
	D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
	G			DATE DU DEVIS
	B			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		



وصفة
ORDONNANCE

درب غلف
DERB GHALEF

Le 22/06/20

Adm A

① 87,40

CLINIQUE LA BRISE
Dr. ABDALLAH BABA
Tél. 0522 99 07 03
Fax 0522 99 07 03
Casablanca

mp / ml 14

un peu de

Codolip 14

14x3 ml/05

apres repas

POLYCLINIQUE CNSS ZIRHOUT
TRAUMATOLOGIE ET ORTHOPÉDIE
DERB GHALEF - Casablanca

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - DR. ABDALLAH BABA
Derb Ghalef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

④ Neuflis cool Fresh
⑥, ⑦, ⑧

100 ml 2/5 ml 10 ml

300

⑤

Qxg 300

PI
PHARMACEUTIQUE
38, Rue Abou ABBEY
Télé: 05 22 99 07 03
Fax: 05 22 99 07 04
e-mail: 38, Rue Abou ABBEY
1000 Lausanne
Suisse

PH
MANCIE LA BRISE

MFD
11/18

ISOPHARM
83,90 DH



New Care AG CH-4452 Ingenbohl
e. Kellstr. 65, 81873 Muenchen / Germany

87,40

LOT 190679
EXP 01/2022
PPV 52.80 DH

PPV: 22DH20
PER: 01/22
LOT: J035



Lot / batch n°:

Exp. date:

82,00

730 078.01.19

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERB GHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 020695

Nom du Service Médical
demandeur code

NOM DU MALADE

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignement Clinique

Examen demandé

Re épileptique
fit p



Le Médecin Traitant

Z =

PC

DR. ABOU EL FADEL OMAR
TRAUMATOLOGUE VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

Biffer les mentions inutiles

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: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	1149697	N° SEJOUR :	200034672	FACTURE N° 2003004229				DATE D'ENTREE :	24/06/2020	DATE DE SORTIE :	24/06/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	UF: 5003 RADIOLOGIE				ADNANI,Amina						
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. :									
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	
ACTES DE RADIOLOGIE	ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00				0.00	200.00	

Intervenant : 438055 DR CHIKHAOUI NABIL (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 : 24/06/2020 EDITEE LE : 24/06/2020 PAR: SAAD				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA				N° DE POLICE :			DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de : BANQUE			POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA 011 780 0000 70 210 00 60 028 31			



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: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	1149661	N° SEJOUR :	200034634	FACTURE N° 2003004214				DATE D'ENTREE :	24/06/2020	DATE DE SORTIE :	24/06/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :	ADNANI, Maina		
MALADE :	ADNANI, Maina				UF:	5003 RADIOLOGIE					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S.:						
TIERS PAYANT 1:					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2:					N° SE. SOC. ETRANG. :						
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	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	17.00	10.00	170.00					0.00	170.00	

Intervenant :	186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .	TOTAUX :	170.00							170.00			
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:				
CENT SOIXANTE DIX DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	170.00		AVOIR:				
				RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE :	24/06/2020	EDITEE LE :	24/06/2020	PAR:	SAAD	<i>See Adm's sign facturation</i>							
VISA				ACCIDENT DE TRAVAIL :						DATE AT :			
				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							

ROYAUME DU MAROC
POLYCLINIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE
DERB GHALLEF

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

N° 020695

Nom du Service Médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Ahmed Aïn

N° C.N.S.S. ou Mutuelle



Examen demandé

Renseignement Clinique

Echo graphie EMB

*(rendu à date d'...)
...epines)*

Le Médecin Traitant

Z =

Dr. ABOU EL FADEL OMAR
TRAUMATOLOGUE VACATARE
POLYCLINIQUE CISS ZIRAOUI

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

Biffer les mentions inutiles



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 24/06/2020

Patient (e) : ADNANI AMINA

ECHOGRAPHIE DE LA COIFFE DES ROTATEURS DROITE

Aspect légèrement épaissi du tendon sus épineux gauche chiffré à 7,5mm avec un aspect hypoéchogène de ses contours en rapport avec une tendinose.

I.R.M
(1.5 Tesla)

Absence de fissure ou de rupture à son niveau.

Scanner
(Corps Entier)

Le tendon long biceps est en place dans sa gouttière, le tendon sous scapulaire morphologie normale.

Radiologie
Numérique

Absence de calcification ou d'épanchement au niveau des bourses séreuses.

Absence d'épanchement articulaire.

Echo-Doppler
(Couleur)

Trophicité normale des muscles biceps, triceps et deltoïde.

CONCLUSION

Aspect de tendinose du sus épineux droite.

Dr CH. Nabil
Radiologue
Polyclinique CNSS
Derb Ghallef



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 24/06/2020

Patient (e) : ADNANI MAINA

RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE F/P

Minéralisation osseuse normale.

Articulation scapulohumérale de morphologie normale

La hauteur sous acromio humérale est de morphologie normale.

Absence d'anomalies architecturales osseuse ou des parties molles.

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

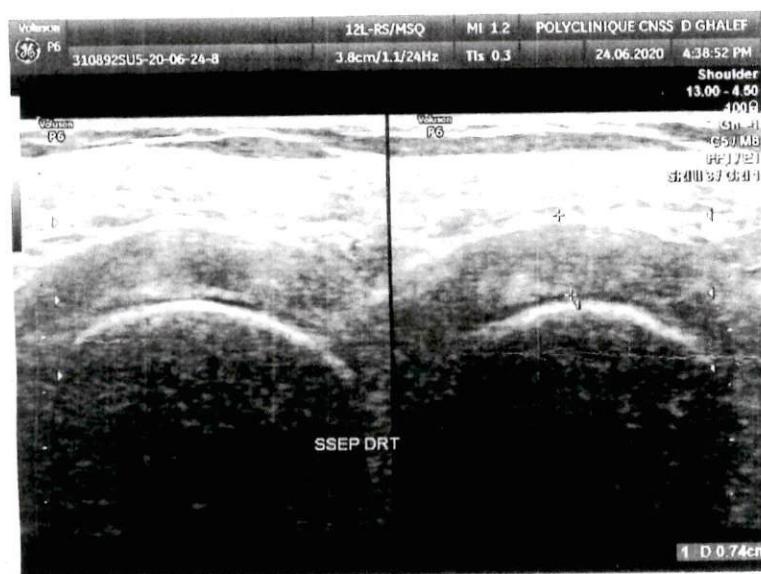
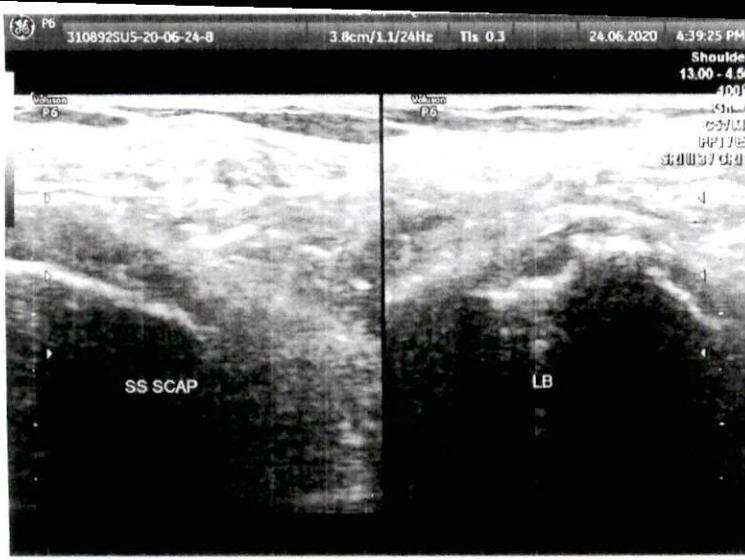
Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

CONCLUSION

Radiographie de l'épaule droite ne révélant pas d'anomalies.

Dr. M. A. M. A.
Médecin Radiologue
Polyclinique CNSS DERB GHALLEF
INPE 21076/08



CLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
CASABLANCA
522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

P :	332947	N° SEJOUR :	200033917	FACTURE N° 2002007765				DATE D'ENTREE :	22/06/2020	DATE DE SORTIE :	22/06/2020	
URE :								DESTINATAIRE :	ADNANI,Amina			
LADE :	ADNANI,Amina				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI							
M JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :							
ERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
ERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :							
EF. 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.												
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	CS	1.00	150.00	150.00						0.00	150.00	
Intervenant : 27092019 DR ABOU EL FADEL OMAR ORTHOPEDISTE				TOTALS :		150.00					150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC : 150.00				ACOMPTE : 0.00				
				REMISE : 0.00				REGLE : 0.00				
				RESTE DU : 150.00				AVOIR : 0.00				
DATE FACTURE : 22/06/2020				EDITEE LE : 22/06/2020				PAR : ZBIRY				
VISA				ACCIDENT DE TRAVAIL				DATE AT :				
				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								