

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.

Médecine 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.

Education :

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 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.

ND: 41376

Déclaration de Maladie : N° P19-0013311

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 834 Société : National 00834

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUTAI B.NAJAT Date de naissance : 19.5.5

Adresse : Oulfa Rue 3 N° 19 casa

Tél. : 06.22.20.6737 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/7/2020

Nom et prénom du malade : BOUTAI B.NAJAT Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rupture du tendon d'Achille rt

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)



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
13/17/2023		83	100	

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 Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>CENTRE KHALIDI Natal - Physiothérapeute Anesthésiste - Physiothérapeute 299, Bd Oued Daoura - El Oued Tél: 0522 93 82 33</i>	22/09/20	15	A M M J			2.300 Dh

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAIL

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Centre Kiné-Forme

Nadia LAHMIDI

Kinésithérapeute

Physiothérapeute

Casablanca, le : 21/09/00

Note d'honoraires

Nom : Nadia BOUTAIBE Nadia

Type séances : Rééducation fonctionnelle du Rupteur
Nombre séances : 15
P.U : 1/80 DH
Montant : 2000 DH

Facture arrêtée à la somme de : Dix mille Sept cent DH.

CENTRE KINÉ-FORME
Nadia LAHMIDI
Kinésithérapeute Physiothérapeute
299, Bd Oued Daoura El Oulfa
Tél: 0522 93 82 33

299, Bd Oued Daoura El Oulfa (en face rond point Chahdia) - Casablanca
Tél.: 05 22 93 82 33 / GSM : 06 62 55 65 19



13/07/2020

Boutciba Najat

rupture de tendon d'achille et
traitement chirurgical.

faire 15 séance de rééducation,

Kinésthérapie de la cheville droite.

- assouplissent articulaire
- récupération de l'amplitude articulaire
- drainage de l'œdème.



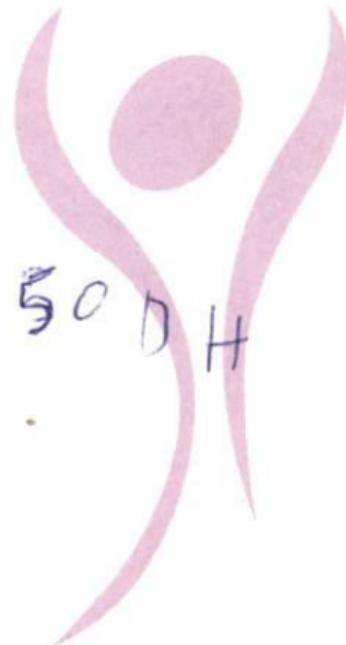
URGENCES 24H/24H

64، شارع عمر الأدريسي (قرب حدائق مرسوخ) - الدار البيضاء - الفاكس : 05 22 26 79 42
64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
Tél: 05 22 27 72 72 (L.G) / 05 22 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85
الهاتف: 05 22 27 72 72 (L.G) / 05 22 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85
E-mail : cliniquemersultan@gmail.com / www.cliniquemersultan.ma / ICE : 001728360000010

1500DT

المجموع
الخالص

2.000. 250 DH



299, Bd Oued Daoura El Oulfa (en face rond point Chahdia) - Casablanca

Tél.: 05 22 93 82 33 / GSM : 06 62 55 65 19

Centre Kiné-Forme

Kinésithérapie - Amincissement - Bien Etre

Nadia LAHMIDI

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

Nom : ... BOUTABA NAJAT

CEINRE KINEFORME
Nadia LAHMIDI
Kinésithérapeute-Physiothérapeute
299, Bd Oued Daoura El Oulfa
Tél: 0522 93 82 33

Séance	Jour	Date	Heure	Type séance	Séance	Jour	Date	Heure	Type séance
1 ^{ère}	Jeudi	16/07/20	à 8h30		1 ^{ère}	Mardi	17/08/20	à 8h30	
2 ^{ème}	Samedi	18/07/20	à 9h30		2 ^{ème}	Mercredi	19/08/20	à 9h30	
3 ^{ème}	Mardi	21/07/20	à 10h00		3 ^{ème}	Samedi	22/08/20	à 10h00	
4 ^{ème}	Samedi	25/07/20	à 11h30		4 ^{ème}	Mardi	25/08/20	à 10h30	
5 ^{ème}	Mardi	28/07/20	à 10h00		5 ^{ème}	Mardi	28/08/20	à 8h30	
6 ^{ème}	Mardi	04/08/20	à 10h00		6 ^{ème}	Mardi	04/09/20	à 16h00	
7 ^{ème}	Jeudi	06/08/20	à 10h00		7 ^{ème}	Mercredi	05/09/20	à 8h30	
8 ^{ème}	Mercredi	08/08/20	à 10h00		8 ^{ème}				
9 ^{ème}	Mardi	11/08/20	à 10h00		9 ^{ème}				
10 ^{ème}	Jeudi	13/08/20	à 10h00		10 ^{ème}				