

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

Généralités :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

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.



666910 15 83
Déclaration de Maladie

N° P19-0033482

ND: 44950

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1M60 Société : R.F.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ACHTIB KHADIJAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Bombalgie Intense

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 : 10/10/2017

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/10/2020	Acte de Radiologie	1	100000	Abdenbi EL KAMAR
08/10/2020	Acte de Radiologie	1	100000	Abdenbi EL KAMAR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MAAZ 5 Rue A. Ben Youssef 2010 Tél: 05 22 23 50 00 - Fax: 05 22 23 50 01 IF : 40456642	08/10/2020	110,20

ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE DE RADIO DIAGNOSTIC Tél: 05 22 23 50 00 - 05 22 23 50 01 / 05 22 23 50 02 / 05 22 23 50 03 Fax: 05 22 23 50 06 / 05 22 23 50 07 / 05 22 23 50 08 e-mail: r.roudani@yahoo.fr	08/10/2020	227	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

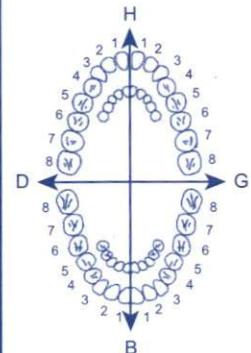
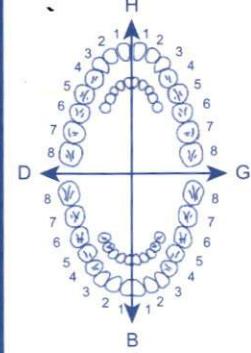
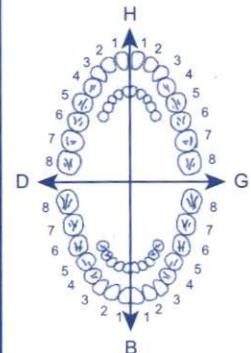
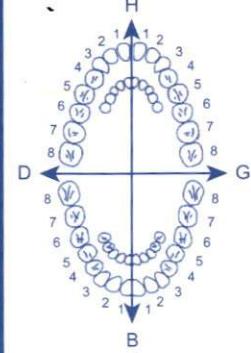
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la date de 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	MONTANTS DES SOINS
	H	21433552 00000000 11433553	G	DATE DU DEVIS
	B	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصححة
ألف

P P P P A 5 7 D H 1 0
P E R J A N 2 3
I O T 2 0 0 0 2

P. Achin ^{ST 110} Koedinger

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC : 245509- Pte. : 35873067
IF : 40436642

Relaxol (S.A.)

57,10
- Brexin' (P)
→
Tre, los Sachet

Casablanca, le

08/10/2008

Mme Aehin Khadija

Boogo

Pr. Abdenbi EL KAMAR
Neurochirurgien
Angle Bd. Zerkouni Bd. La Corniche
Casablanca - Tél.: 05 22 26 38 15

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUQI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D/4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 09/10/2020

FACTURE N° : FA:00 8810/20

Nom : ACHIR KHADIJA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 300,00 Dhs

TROIS CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

RACHIS LOMBAIRE FACE+PROFIL 300,00 Dhs

Total de : 300,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

*CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
 ROUDANI - Maârif
 400, Bd Brahim Roudani - Casablanca
 Tél: 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68 - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
 CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - F : 01000601 - ICE : 001719187000040
 e-mail: r.roudani@hotmai...*



Casablanca

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **BENOUATTAF MALIKA**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **CHOUFFAI**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **29/09/2020**

Date sortie **02/10/2020 09:40**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : REC

09/10/2020 10:10

200929122816RE-001

CLINIQUE DU VAL DANFA
19, Bd Franklin Roosevelt
Casablanca
Tél: 022.36878787
Fax: 022.39143914
B.P. 21150059010002
C.N.S.S 1450246

CLINIQUE VAL D'ANFA

MULTIDISCIPLINAIRE
19 , Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)522391439

F A C T U R E

N° : 3137 / 2020 du 09/10/2020

Nom patient	ACHIR KHADIJA	Entrée	07/10/2020
	PAYANT	Sortie	08/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR NORMAL	1.00		400.00	400.00
			<i>Sous-Total</i>	400.00
PHARMACIE	1.00		170.98	170.98
			<i>Sous-Total</i>	170.98
Total Clinique				570.98
PR. EL KAMAR (neuro-chirurgien)	1.00	V3	300.00	300.00
PR M.BENAGUIDA/F.TAZI (reanimateur)	1.00	K	300.00	300.00
			<i>Sous-Total</i>	600.00
Total Autres prestations				600.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX-HUIT CENTIMES

Total 1 170.98

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél:022.36.87.87/022.39.60.10/13
022.39.60.10/37
Fax:022.39.60.14.30

PAYÉ PAR CHEQUE
N° 1748489
Sur BMCI le 08/10
DHS 1170.98

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : ACHIR KHADIJA	N° Facture	3 137	201008065205RE-001
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ACUPAN 20mg INJ (05)	1	10.48	10.48
ANDOL 1G EN PERF (01)	1	18.80	18.80
CHLORURE SOD 9% 500MLX1 EN PERF (01)	2	15.00	30.00
MIDAZOLAM 5MG/5ML INJ (10)	1	12.00	12.00
PANTOPRAZOL 40MG/1	2	27.00	54.00
Sous-Total médicaments			125.28
BANDELETTE WELLION	3	3.00	9.00
LANCETTE DE GLUCOT (100)	1	2.30	2.30
PERFUSEUR (001)	1	13.50	13.50
SERINGUE 10CC (001)	2	3.70	7.40
VENFLON G20 (001)	1	13.50	13.50
Sous-Total consommable médical			45.70
Total pharmacie			170.98

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
 19, Rue Franklin Roosevelt
 CASABLANCA
 Tél: 022.36.87.87 - 022.39.60.10 / 13
 022.39.69.36 / 37
 Fax: 022.39.69.36 / 37

Evolution pendant le séjour :

favorable

Prescription d'ordre thérapeutique :

Antalgique
Anse

Diagnostic de sortie :

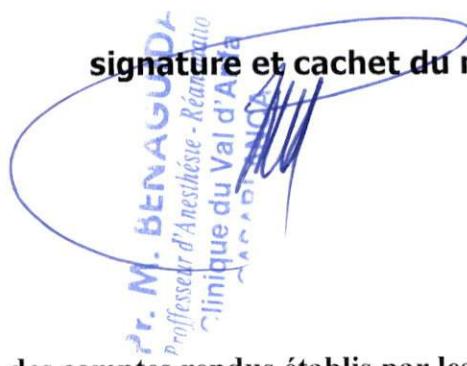
douloureuse

Prescriptions établies à la sortie du patient :

.....
.....
.....

Date :

signature et cachet du médecin



NB

*joindre éventuellement une photocopie des comptes rendus établis par les médecins Spécialistes, précisant la date de l'examen ou actes opératoires

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et Prénom : Mme Achin Khadija

Date de naissance : -----

Matricule

Date d'entrée : 07/10/2020 **date de sortie :** 08/10/2020

HOSPITALISATION

Réanimation du ----- au -----

Soins intensifs du ----- au -----

Séjour normal du 07/10/2020 au 08/10/2020

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél: 022.36.87.87 - 022.39.14.39
022.36.87.87
Fax: 022.39.14.39

MOTIF D'HOSPITALISATION

Lombalgie intense
Dysurie.
Diphtérie pharyngée.

ANTECEDENTS :

RAS

Conclusion examen clinique initial :

Lombalgie intense rebelle
au toucher et fess.

Explorations para cliniques :