

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ntaire :

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.

ladie 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 45209

Déclaration de Maladie : N° P19- 0012275

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Seyhah Nadia Date de naissance : 20-8-61

Adresse : 22, rue La Fontaine, les sables Cosaq

Tél. : 06 42 10 50 37 Total des frais engagés : 130,10 + 290,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/08/2010

Nom et prénom du malade : Seyhah Nadia Age : 49

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection diabète

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) :

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
22/08/2010	Acte de soins		214 -	Docteur M. Abdellatif Ben Kaddour Casablanca - INP : 0912651122

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tel.: 02-36-54-38	22/08/2010	139.1
Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tel.: 02-36-54-38	29/08/2010	290.0

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

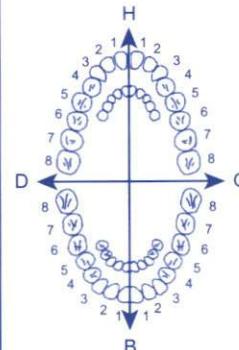
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient				
							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES							
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE							
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: left;"> H 25533412 00000000 35533411 </td> <td style="width: 50%; text-align: right;"> 21433552 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> D G 00000000 00000000 B </td> </tr> </table>				H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D G 00000000 00000000 B	
H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553						
D G 00000000 00000000 B							
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession							
MONTANTS DES SOINS							
DATE DU DEVIS							
DATE DE L'EXECUTION							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhak BOUZIANE

Spécialiste des Maladie de l'Appareil Digestif
Diplômé de l'Université d'Angers

Endoscopie Digestive
Echographie Abdominale
Proctologie
Ex attaché à l'hôpital Universitaire
d'Angers (france)

Casablanca

الدكتور عبد الحق بوزيان
Dr. Abdelhak BOUZIANE
HEPATOGASTRO ENTEROLOGUE
283, Bd Mohamed ZERKTOUNI
Casablanca - Tel. 0522 94 12 32/3
N°. 091209239

الدكتور عبد الحق بوزيان

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
خريج جامعة أنجي بفرنسا

الكشف بالأشعاء الداخلي
التخيص بالأمواج الصوتية
طبيب ملحق سابقاً بالمستشفى
الجامعي أنجي (فرنسا)

الدار البيضاء في

38,5°

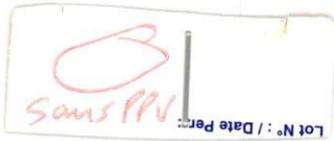
· Neutral

PPV 380/50

As 32/1 - col 2

pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél.: 022-56-54-22

ابن سينا ٢٨



Lot N° : / Date Peri:

As 32/1 - col 2

56,6° g. stilnox 2

1/2 g. lev.

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

0522 94 32 32 / 33 شارع محمد الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف :

283, Bd . Mohamed Zerkouni - Casablanca - Tél.: 0522 94 32 32 / 33

E-mail : dr.bouzianeabdelhak8@gmail.com

Ice 001751858000041

Docteur Abdelhak BOUZIANE

Spécialiste des Maladie de l'Appareil Digestif
Diplômé de l'Université d'Angers

Endoscopie Digestive
Echographie Abdominale
Proctologie
Ex attaché à l'hôpital Universitaire
d'Angers (france)

الدكتور عبد الحق بوزيان

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
خريج جامعة أنجي بفرنسا

الكشف بالأشعاء الداخلي
التشخيص بالأمواج الصوتية
طبيب ملحق سابقاً بالمستشفى
الجامعي أنجي (فرنسا)

Casablanca, le 28 / 8 / 2023 الدار البيضاء في

A - JEN HASI NADIA.

S.V.)

maphar O
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

maphar O
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

AS/1

56.6 Sfilmed (S.V.)

STILNOX 10 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
LOT : 05/2024
PER. : 2024
Mme H.T. EL ARAKI
Mr Abdellatif Ben Kaddour
Tél: 022-36-54-38
091209239

pharmacie EL ARAKI
Mme H.T. EL ARAKI
Mr Abdellatif Ben Kaddour
Tél: 022-36-54-38
091209239

الدكتور عبد الحق بوزيان
Docteur Abdelhak BOUZIANE
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
283, Bd Mohamed ZERKTOUNI
Casablanca - Tél: 05 22 94 32 32/33
INP: 091209239

283 شارع محمد الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 94 32 32 / 33

283, Bd . Mohamed Zerkouni - Casablanca - Tél.: 0522 94 32 32 / 33

E-mail : dr.bouzianeabdelhak8@gmail.com

Ice 001751858000041