

# 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.

## radiologie 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.

Le 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.

51155

Déclaration de Maladie : N° P19-0019753

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1516

Société :

R.A.R.I

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

B. B. AHMED

Date de naissance :

01/07/48

Adresse :

Hay Maârifatou 3

Tél. :

0522732009

Total des frais engagés :

(1 039) Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Dr. BENADDI MASSAOU  
AGREE POUR PERMIS DE CONDUITE  
B. Farid 101 Bel Abbâs El Ghadda  
Sidi Bemoussem Casablanca  
TÉL 0522732009

Date de consultation

14/12/20

Nom et prénom du malade

R. B. AHMED

Age :

Lien de parenté

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie

HTA

Dystonie

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 :

CAISSAIS

Le : 09/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Stéphane

## 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
9.12 2020	C	C	1000 DA OUR PERMIS DE CONDUITE 21 Av. Abdes El Ghadafi SSC Casablanca 22709	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/12/2020	939.10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			939.20

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODD.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Docteur BENADDI Hass

Diplômé de la Faculté de Médecine

## MEDECINE GENERALE

Diplômé d'Echographie de la Faculté  
de Médecine de Paris

Agrée pour la Visite Medicale  
de Permis de Conduire

Suivi de Diabéte

Bloc Farid 101, Avenue Abbas Ghaddaoui N° 3

Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél: 05 22 73 27 09

الدكتور بنعدي حسن  
خريج كلية الطب بليل  
الطب العام

حاائز على دبلوم الفحص بالصدى  
كتبة الطب بباريس  
منحص للفحص الطبي لأجل  
رخصة السياقة  
مراقبة مرض السكري

بلوك فريد , 101 شارع عباس الغداوي رقم 3  
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 73 27 09

Casablanca, Le .....

9-12-2020

Co Anagnb  
125.00



Shilmo x Cr  
56.60



3 uis

1 AR RX ET 25  
24.70



3 uis

Prä Zol 2  
96.00



Dr. BENADDI  
AGREE POUR PERMIS DE CONDUIRE  
BLOC FARID 101 BE AVENUE ABBAS GHADDAUI  
SIDI BERNOUSSI CASABLANCA  
TÉL: 05 22 73 27 09

58.00 arado collins

DAXTARU 9  
53.00 2 apply  

---

= 939.00

STILNOX 10MG  
CP-PEL SEC B20  
P.P.V:560H60  
LOT:20E007  
PER.:07/2024

6 118000 061465

~~Dr.BENADDI HASSAN~~  
AGREE POUR PERMIS DE CONDUIRE  
3 Bloc Farid 101 Bc Abbas El Ghaddaoui  
Sidi Bemoussi Casablanca  
Tél 05 22 73 27 09

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111.  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53.00 DH

6 118001 180745

STILMOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V:56DH60  
0  
LOT : 20E007  
PER.:07/2024

7.7.0.560HB0

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
01/20E00  
'ER.:07 2024

6 118000 061465

LOT : 21  
PER.:01

0E007 P.P.V:560H60  
7 2024 6 118000 061465

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

6 118000 061465

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J1031-1

**TARAXET® 25 mg**  
30 Comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP  
PPV 24.10.2014

6 1180

**TARAXET® 25 mg**  
30 Comprimés enlèvables sécables  
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP  
PPV : 24,70 DH

6 118000 022954

LOT: 265  
PER: SEP 2022  
PPV: 125 DH 00  
C 30%

LOT: 266  
PER: SEP 2022  
PPV: 125 DH 00

6 118000 022954