

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.

Rééducation :

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 canaux, 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 canaux.

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° P19-0008743

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2005

Société : RAT

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AGUIMI EL MOUSTAFA

Date de naissance : 03/11/1951

Adresse : Hôpital

Tél : 0666 96 22 76

Total des frais engagés : 510,00

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 :

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 : Casablanca

Le : 07/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
01/04/2021	12		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/04/2021	210,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

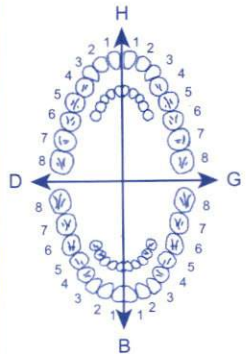
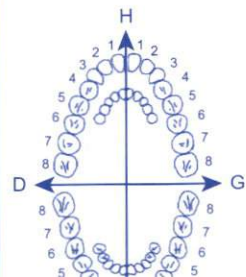
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

Dr Mohamed BENNANI

Diplômé de Besançon - France
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Intestins)
Fibroscopie Digestive
Diplômé d'Echographie de Strasbourg
Attestation de Proctologie de Paris
(Hémorroïdes - Fissures - Fistules Anales)
Ancien Attaché des Hôpitaux de France
Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie SNFGE
Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive SFED
Membre de la Société Européenne d'Endoscopie Digestive ESGE
Membre de la Société Nationale Française de Colo-proctologie SNFCP

الدكتور محمد بناني

خريج كلية الطب ببيزنسون فرنسا
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي - التنظير الداخلي
حائز على شهادة الفحص بالأشعة مافوق الصوتية
بكلية الطب بستراسبورغ
حائز على شهادة أمراض البواسير بباريس
ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا
عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي
عضو في الجمعية الفرنسية للتنظير الباطني
عضو في الجمعية الأوروبية للتنظير الباطني
عضو في الجمعية الوطنية الفرنسية لطب المستقيم

Dr Mohamed BENNANI
Diplômé de Besançon - France
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Intestins)
Fibroscopie Digestive
Diplômé d'Echographie de Strasbourg
Attestation de Proctologie de Paris
(Hémorroïdes - Fissures - Fistules Anales)
Ancien Attaché des Hôpitaux de France
Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie SNFGE
Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive SFED
Membre de la Société Européenne d'Endoscopie Digestive ESGE
Membre de la Société Nationale Française de Colo-proctologie SNFCP
01 Apr 2021
47, Bd. Rahal El Meskini
Tél: 05 22 31 47 42 / Casablanca

LOT 203041 1
EXP 12 2022
PPV 40.00
46,00

LOT 203041 1
EXP 12 2022
PPV 40.00
40,00

LOT N°
UT. AV:
PPC: 45,00

DIGESTINE 16 MG GÉLULE BOÎTE DE 30

1 Gélule le midi avant le repas pendant 30 jours

INDUCTAN

2 Cuillère à soupes le matin 2 Cuillère à soupes le midi 2 Cuillère à soupes le soir avant 7 jours

ANTISPA CP

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir avant le repas pendant 10 jours

ISILAX CP

1 Comprimé à 10h., 1 Comprimé au coucher pendant 7 jours

TRIDIGEST SACHET

1 Sachet le matin, 1 Sachet le midi, 1 Sachet le soir après le repas pendant 7 jours

Lot: 200234
A consommer de
préférence avant le: 04/2025
PPC: 79,50 DH

ISILAX[®] Forte

El Meskini - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 31 47 42

47, شارع رجال المسكيني - الدار البيضاء - الهاتف/الفاكس : 05 22 31 47 42