

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

entaire :

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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

Nº P19- 064176

86121

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5652 Société : RAN

Actif Pensionné(e), Autre : Retraite'

Nom & Prénom : SAFRI Miloudi

Date de naissance : 28/01/1962

Adresse : 40 nasp EL Mouda Derraia

Tél. : 0668498354 Total des frais engagés : 250 + 914,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Allal Ibn Abdellah - Diaboloque
Endocrinologue - Al. Allal Ibn Khaldoun
Hôpital 4 - Bensidjou - Tel : 0522 32 87 87

Date de consultation : 09 Juil 2021

Nom et prénom du malade : SARFI ASSIA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : goutre

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

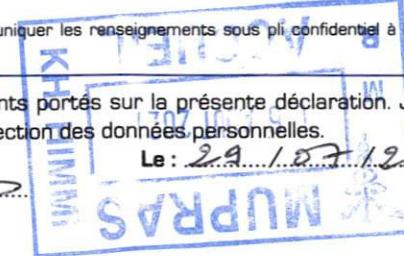
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : R.S.R.

Le : 29.10.2021

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
09 Juin 2021		5	250,00	Dr. Abderrahim BOUTAH Endocrinologue - Diabétologue Dr. Nabil Ibn Abi Idris - Rés. Ibn Khaldoon Bersaïd - Tel: 0522 32 87 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fabricant	Date	Montant de la Facture
<i>Principale Verne sarl au N° 1 Derouet 2532083</i>	09/07/21	916,20 - 0049176

ANALYSES - RADIOPHARMACEUTICALS

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 :

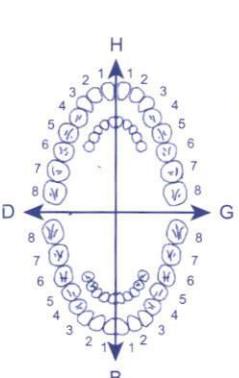
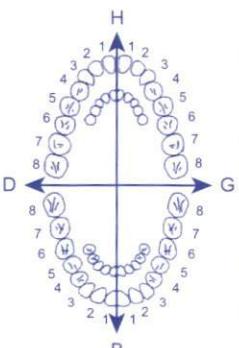
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abderrahim Bokhamy

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES

Diabète - Obésité - Nutrition
Cholestérol - Glandes - Stérilité
Ménopause - Andrologie

الدكتور عبد الرحيم بخامي

اختصاصي في أمراض السكري
الغدد والتغذية

السكر - التغذية - السمنة - الكوليستيرون
الاضطرابات الهرمونية - العقم

Berrechid, le ٢٧/٥/٢٠٢٤ برشيد في

Statu

٤٨٦٢



* 061011375*

LOT N° : 21093
UT. AV : 01/2024
PPC (DH) : 105,00

LOT N° : 21092
UT. AV : 01/24
PPC (DH) : 105,00

LOT N° : 21091
UT. AV : 01/24
PPC (DH) : 105,00

Dr. Abderrahim Bokhamy
SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES
INP : 061011375
BERRECHID

Pharmacie PRINCIPALE DE BLOU
BLOC UN N° 1 au 05 22 53 20 83
LOT N° : 2109
UT. AV : 01/24
PPC (DH) : 105,00

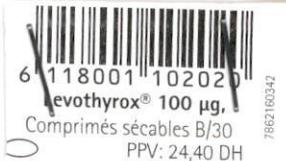
شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد

هاتف العيادة : 0666 352 104 - المحمول : 05 22 328 787

LOT N° : 21089
UT. AV : 01/24
PPC (DH) : 105,00



7862150002



7862160342



7862150003

42,20

42,20

42,20

42,20

42,20