

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

ptique :

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.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 061053

82042

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9543

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : EL MSIYAH KHALID

Date de naissance : 08/03/1969

Adresse : Résidence terrasses Boustaoura appart 06

Immeuble 09 CASA Ville verte

Tél. : 0661594929 Total des frais engagés : 2 Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL MSIYAH KHALID Age : 31

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Véhiculiste

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 : CASA

Le : 21/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

21/08/2021

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
12/12/2008	S2	200 M		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE 6 Route Secondaire 109,Doua Douala-Casa-Tel : 0522 32 61 03194 227-ICI : 03194 227	25-08-21	4.19,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

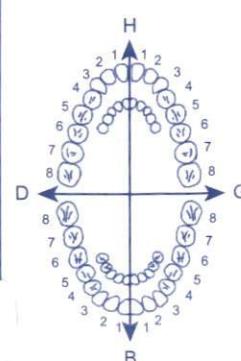
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 Souad HANNIOUI ,
Médecin Pédiatre

- Spécialiste des maladies du Nouveau-né, Nourrisson & Enfant
- Allergologie - Asthme
- Vaccinologie Enfants
- Maître - Praticien Coach Personnel, Professionnel et Familiale
- Diplôme universitaire en psychologie de l'enfant



الدكتورة سعاد حنيوي
طبيبة الأطفال

- إختصاصية في أمراض الرضيع و الطفل
- الحساسية، الربو
- شهادة في علم تلقح الأطفال
- استاذة في التنمية الذاتية المهنية والاسرية
- دبلوم جامعي في علم نفس الطفل

Ordonnance

Casablanca, le
25 Août 2021

EL MANSIYAH Mohamed

411,00

1) Héroxium SV

2)

ABC Dernier rehatorukt

8,60
37

419,60

Doliphar 105sp.

(SV)

PPV 8DH60
PER 09/23
LOT J2432



Dr. Souad HANNIOUI
Médecin Pédiatre
Bouskoura Centre, Diar Al Andalous III
Residence Jardine 4, étg 2, N°6
Tel: 052 860 400 / 052 888 601 (en cas d'urgence) Email : shannoui@gmail.com

entre, Route 3011, Diar Al Andalous 3,
étg 2 N°6 (à côté de Carrefour Bouskoura)
88 01 (en cas d'urgence) Email : shannoui@gmail.com