

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## Biologie 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.

## 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° P19- 052227

82349

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 767 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraite

Nom & Prénom : LABDAH Mohameed

Date de naissance : 1941

Adresse : Haf El Alia Rue 3 n° 28 El Oufja Casablanca

Tél. : 0522 90 50 29 Total des frais engagés : 1772,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/09/91 Nom et prénom du malade : LABDAH Mohameed Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : H.T.A + 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	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/09/21			16.000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/09/21	16.72,30

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	21433552
25533412	00000000
00000000	00000000
D	B
00000000	11433553
35533411	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

D	G

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dr. CHAFIK Fouad

الدكتور شفيق فؤاد

EXPERT ASSEURMENT PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PRÉVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

خبير محلّف لدى المحاكم  
خريج جامعة مونبليي 1  
الفحص بالصدى

PHARMACIE SALAH FOUAD  
Bd. Oued Souk, Casablanca

Casablanca, le : 09/09/2023

Epida Khdija

92,00 x 3

- Collyre 5 ml SV

LOT: 21071  
PER: 05/2023  
PPU: 165,00 DH

113,50 x 3

- Cromoglicate 10 mg SV

LOT: 21071  
PER: 05/2023  
PPU: 165,00 DH

165,00 x 3

- Cromoglicate 40 mg SV

LOT: 21071  
PER: 05/2023  
PPU: 165,00 DH

27,70 x 3

- Atropine 0,5 mg SV

24,10 x 2

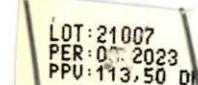
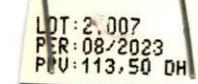
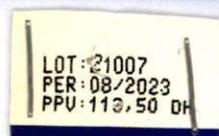
- Dyclizine 50 mg SV

26,30 x 3 - Diazepam SV

Dr. CHAFIK Fouad  
EXPERT  
MÉDECIN  
Bd. Oued Oum Errabia - CASABLANCA  
Tél: 05 22 90 51 65

شارع واد أم الربيع مزنقة 69 - رقم 4 الطابق الأول - حي الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.90.51.65

Bd. Oued OUM ERRABIA Rue 69 N°4 - 1<sup>er</sup> étage Hay Oulfa - Casablanca - Tél. : 05 22 90 51 65



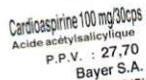
113,00

- Juvatans

44,90 x 2 / V. 5

Noctizen 10 mg

1672,30



Noctizen® 10 mg  
20 comprimés pelliculés  
sécables



3 92.00

02.00

92.00

2.00