

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

onditions 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.

tique :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ladie 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- 054901

84426

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 682 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LASKY HAMID

Date de naissance : 13-11-1943

Adresse : 10 AV. ASSERON 10200 CASABLANCA N°13

HAY ASSERON (HAY HASSANI) SAS A
Tél. : 0521014901 Total des frais engagés : 1433,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENJELLOUN M. KAMAL

Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux

Diplômé en Médecine du Sport de Rennes

Diplômé en Echographie Générale de Montpellier

Résidence El Manzour N°13 Bd Ghandil Casablanca

Tél.: 05 22 36 78 77 Gsm: 06 61 32 74 20

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : S. ELIANE KHADIGA Age: 70ans

Lien de parenté :

Soi-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 : Casab Le : 06/10/2021

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
06 SEP. 2021	CHIRURGIE		250,00	DR. BENJELLOUN M.KAMAL Resident en Chirurgie or Implantologie et prosthodontique de la clinique El Manar 06-05-22-36-78-77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. BENJELLOUN M.KAMAL	06/09/21	1183,50

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 canalaire, ainsi que le bilan de

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	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

DR. BENJELLOUN El MOSTAFA KAMAL .

Omnipraticien

Diplômé en Diabétologie et Nutrition
de l'Université de Bordeaux

Membre de la Société Francophone
de Diabétologie (SFD)

Diplômé en Echographie Générale
Médecine de Montpellier

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 stv 3ml
P.P.V : 152,50 DH

6 118001 081508

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml. Inj b6 stv
P.P.V : 744,00 DH

6 118001 081515

HARMACIE LA SOURCE
Melle EL MOUNA
Docteur en Pharmacie
7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L
Casablanca - Tel: 05 22 36 24 85

6 118001 081515
diagramme sur N° 12 - Bd. Ghandi
5 78 77 - Casablanca
6 61 32 74 20

المصطفى كمال

عام

السكري والتغذية

بيوردو

الفرنسية

كري

تحص بالصدى

بمونبلي

طب الرياضي

برين

20,80

20,80

20,80

20,80

6 61 32

- شارع غاندي

- الدار البيضاء

- الدار البيضاء

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32

6 61 32</



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

20,80

20,80

20,80

20,80

Levothyrox® 50 µg
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160335

7862160335

7862160335

7862160335

7862160335

7862160335

7862160335