

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

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.

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- 065009

Optique 87666 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2957 Société : RAI

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HAIL Noureddine

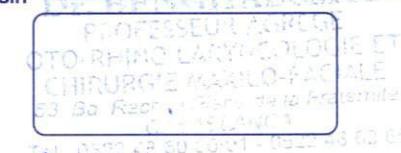
Date de naissance : 01/07/1956

Adresse : 177 A.DRE 886

Tél. 06756884193 Total des frais engagés : 447,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07 OCT 2021

Nom et prénom du malade : EL HAIL Noureddine Age : 65 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie au

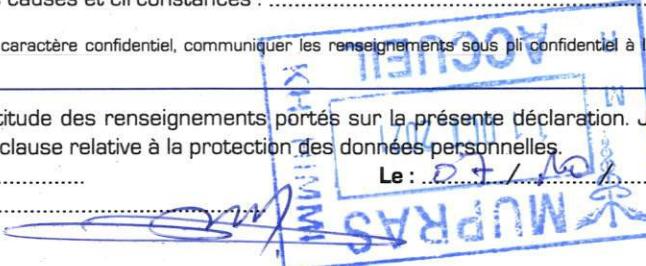
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 9500 Le : 07/10/2021

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
07/01/2021	ES		4.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
en pharmacie ANNE PIERRE II Berrechti	20/01/2014	47,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

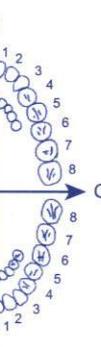
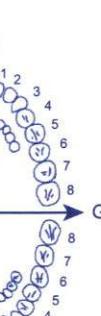
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient DES TRAVAUX
	D 00000000	B 35533411		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Cabinet
d'Implantation
Cochlaire

Cabinet Spécialisé
en ORL

الدكتور عبد الحميد بنغالم

Docteur Abdelhamid BENGHALEM

أستاذ مبرز

أمراض و جراحة الأنف و الأنف و الحنجرة

عضو الأكاديمية الفرنسية

مقيم سابقاً بالأكاديمية الطبية بباريس

عضو الأكاديمية الأوروبية لجراحة قاعدة الجمجمة

رئيس سابق SMORL, PAFOS, SIFORL

كاتب عام MAFOS

عضو المكتب التنفيذي العالمي

PROFESSEUR AGREGE

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Ancien Résident du Collège

de Médecine des Hôpitaux de Paris

MEMBRE DE L'EAONO

Past Président SMORL, PAFOS, SIFORL

Secrétaire Général MAFOS

MEMBRE EXECUTIF IFOS INTERNATIONAL

Casablanca, le الدار البيضاء، في

07/10/2021

ELHAIL Noureddine



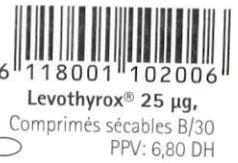
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

1) LEVOTHYROX 25
ET REFAIRE TSH

1 CP 1/2 /J PDT 6 MOIS



16,80 ₣
47.60



Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

Professeur BENGHALEM

7862160335
Rachidi Tisir II
Pharmacie
AL FALAH
Rachidi - Casablanca
Place de la Fraternité - Bd. Rachidi - 20900 Casablanca
Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Wathsapp : 06 56 53 61 42
E-mail : abdelhamid.benghalem@gmail.com / cabinetmedical58@gmail.com - ICE : 001711024000057



En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél. : 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57

05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - الهاتف : شارع الراشدي - ساحة الأخيرة - الدار البيضاء -

58, Bd. Rachidi - Place de Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Wathsapp : 06 56 53 61 42
E-mail : abdelhamid.benghalem@gmail.com / cabinetmedical58@gmail.com - ICE : 001711024000057