

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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Nº P19- 0049648

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 559 Société : RAN (112657)

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZAKRARI ALAMI

Date de naissance : 1942

Adresse : WAG MOULAY ABDELLAH, R 107 N° 48

CASABLANCA

Tél. : 06 61 50 51 76 Total des frais engagés : 2135,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SAMIR EL BATOUL Age : 76

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTA

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 : 20/09/12 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
10/09/2019 12/09/2019	Chirurgie	1	10000	DR SOUssi Abdellah Médecine Générale 10111 Rue 50 N° 2 Abidjan - Aïr Crock 072210358

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL-ZAYTOUN DIOURI MOHAMED Rd Taza Hay Mouloud 11-05-2024 1966	20.10.2022	213510

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d

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

Médecine Générale

Echographie
Circonsision des Enfants
Diabétologie
Ex. Médecin Militaire
Expert assermentée
Agree pour la délivrance
des Certificats médicaux
des Permis de conduire
Autorisation d'exercer N°- 714

LOT : 21E007
PER : 12/2022
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

LOT : 21E011
PER : 05/2023
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

الطب العام

الشخص بالصدى - لقاح الأطفال
مرض السكري
طبيب عسكري سابق
خبير مخلف لدى المحاكم
مقبول لتسليم شهادة
رخص السياقة
رخصة العمل رقم 86/7147

Casablanca, Le :

Tél : 05 22 21 64 58 : الهاتف

LOT : 201060
PER : 07-2022

COOPER PHARMA
PPV: 102,00 DH

LOT : 21E007
PER : 05/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 080468

LOT : 21E007
PER : 05/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 080468

LOT : 21E005
PER : 05/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 080468

LOT : 21E012
PER : 05/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 080468

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 439DH00

6 118001 081639

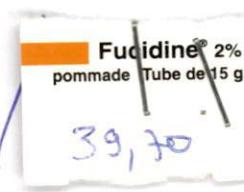
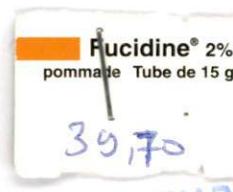
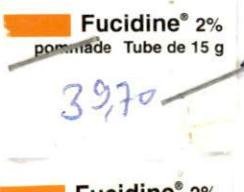
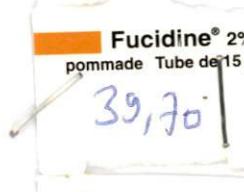
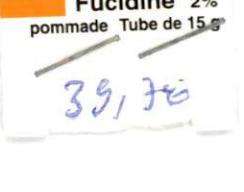
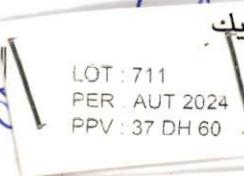
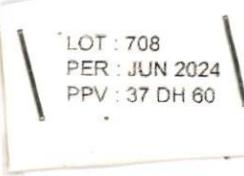
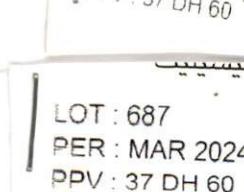
LOT : 21E012
PER : 07/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 080468

LOT : 21E013
PER : 05/2023
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70
6 118001 081189

6 118001 081639

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 439DH00
6 118001 081639

زاوية شارع تازة و مصر جبل صفر (زنقة 50 سابقا) رقم 2 فوق صيدلية الأزهرار هي مولاي عبد الله، عين الشق الدار البيضاء
Angle Bd Taza et Allée Djebel Saghro (Ancienne Rue 50) N°2 au-dessus Pharmacie Azhar Hay Moulay Abdellah Ain Chock - Casablanca
En Cas d'urgence Contactez le Gsm 06.63.09.08.50 في حالة الاستعجال اتصلوا

37,60 + 10 V. A. mophic.	LOT : 711 PER : AUT 2024 PPV : 37 DH 60
37,60 + 10 V. A. mophic.	LOT : 708 PER : JUN 2024 PPV : 37 DH 60
37,60 + 10 V. A. mophic.	LOT : 708 PER : JUN 2024 PPV : 37 DH 60
 <p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 39,70</p>	LOT : 708 PER : JUN 2024 PPV : 37 DH 60
 <p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 39,70</p>	LOT : 698 PER : AVR 2024 PPV : 37 DH 60
 <p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 39,70</p>	LOT : 698 PER : AVR 2024 PPV : 37 DH 60
 <p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 39,70</p>	LOT : 710 PER : AUT 2024 PPV : 37 DH 60
 <p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 39,70</p>	LOT : 710 PER : AUT 2024 PPV : 37 DH 60
 <p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 39,70</p>	LOT : 716 PER : AUT 2024 PPV : 37 DH 60
 <p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 39,70</p>	LOT : 687 PER : MAR 2024 PPV : 37 DH 60
 <p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 39,70</p>	LOT : 687 PER : MAR 2024 PPV : 37 DH 60
 <p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 39,70</p>	LOT : 687 PER : MAR 2024 PPV : 37 DH 60
 <p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 39,70</p>	LOT : 687 PER : MAR 2024 PPV : 37 DH 60
 <p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 39,70</p>	LOT : 687 PER : MAR 2024 PPV : 37 DH 60
 <p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 39,70</p>	LOT : 687 PER : MAR 2024 PPV : 37 DH 60
 <p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 39,70</p>	LOT : 687 PER : MAR 2024 PPV : 37 DH 60
 <p>Fucidine® 2% pommade Tube de 15 g 39,70</p>	LOT : 687 PER : MAR 2024 PPV : 37 DH 60