

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0054218

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1360

Société :

RAM

131826

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUSSAFIR Abderrahim

Date de naissance :

30 10 53

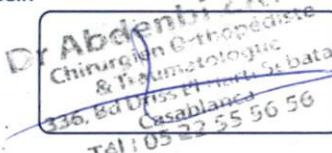
Adresse :

H

Tél. : ..06 70 86 55 61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MOUSSAFIR Abderrahim Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

généalogie

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 : CASABLANCA

Le : 22/10/2012

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº M21-054218

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

1360

Nom de l'adhérent(e) :

MOUSSAFIR

Total des frais engagés :

150 + 150 + 32360

Date de dépôt :

+ 30 DH

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
08/09/22	C2		150,-	Dr. Abdenbi ZAHAR Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue 830 Bd Unst L'Amour de Batna Tél: 05 22 55 56 56
02/09/22				
02/09/22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE "C" CHOFRANE Rue 2 N° 116 Bloc (C) C. di Bernoussi	08/09/22	323,60
	02/09/22	30,00

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service Radiologie C. di Bernoussi	22/09/22	2,4 ✓	159,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

024318

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

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

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	<p style="text-align: center;">Création, remont, adjonction Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Aloussafir

Mediterranum

Casablanca, le

08/09/12

- ~~370
1/ Acetflex 4g
1 - 1 - 1~~
- ~~139,50
2/ Caudiflex (bte de 60)
1 - 2 - 1 (x15g)~~
- ~~plus 19,50 (x30,)~~
- ~~52,00
3/ Progel - Long gel (14,)~~
- ~~54,80
4/ Newflex Warm up
1app - 1app - 1app~~
- 323,60

PHARMACIE BLOC "C"
GHOFRAINE
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Q Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

Dr Abdessaleh ZAHAR
Chirurgien Orthopédiste
& traumatologue
Boulevard El Harrach Se Blata
Casablanca 205656

Bd Bensaid salah mohamed May El Qods Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

Gingembre - Vit. C - Vit. D

LOT : 220254
BLUD : 02/2025
139,00DH

re

ISOPHARM
NEWFLEX
WARM-UP
94.80 dhs

J452 Ilingen,
Schloß Baugasse
77707 Iffeldorf (R)

LOT :
EXP :

37,00

PPV : 52DH80
PER : 06/24
LOT : L1070-2

ABDELLAH
ALBENNAI

Casablanca, le

19/09/12

Doltron

3x10ml

30,00



PHARMACIE BLOC "C"
GHOFRANE
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Q Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

Dr. Abdennbi ZAHAR
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue

Bousaffia
Abouzahr

Casablanca, le

08/09/96

Fax ghem drat
F + P

Dr Abdennabi ZAHAR
Chirurgien orthopédiste
& rhumatologue
336, 8d Bd El Moutassim
Casablanca
Tél : 05.22.95.50.50

RADIOLOGUE : DR.

Nom : MOUSSAFIR

MEDECIN DEMANDEUR
DR

Prénom : ABDERRAHIM

DATE : 22/09/2022

EXAMEN RADIOLOGIQUE Rx : GENOU DT

RESULTAT

- Pincement du compartiment interne de l'interligne articulaire femorotibial ./.

SENTIMENTS CONFRATERNELS





N° IPP : 607433	N° SEJOUR : 220036697	FACTURE N° 2202014354				DATE D'ENTREE : 08/09/2022		DATE DE SORTIE : 08/09/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : MOUSSAFIR, Abderrahim		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				MOUSSAFIR, Abderrahim				
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE										

Intervenant : 99979 DR. ZAHAR ABDENBI	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
			REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 08/09/2022	EDITEE LE 08/09/2022 PAR GHAILA	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA		N° DE POLICE : DATE AT :							
		Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI							
		BANQUE : BMCE - BERNOUSSI							
		N° compte bancaire : 0117800004921006006888							



N° IPP :	607433	N° SEJOUR :	220038998	FACTURE N° 2204014185			DATE D'ENTREE :	22/09/2022	DATE DE SORTIE :	22/09/2022	
ASSURE :							DESTINATAIRE :				
MALADE :	MOUSSAFIR, Abderrahim			UF:	5003 RADIOLOGIE						
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	146999 EQUIPE, RADIOLOGIE RADIOLOGIE	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS			REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR:	
DATE FACTURE :	22/09/2022	EDITEE LE :	22/09/2022	PAR :	GHAILA	RESTE DU:	0.00			
VISA			ACCIDENT DE TRAVAIL :						DATE AT :	
					N° DE POLICE :					
					Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI				
					BANQUE :	BMCE - BERNOUSSI				
					N° compte bancaire :	011780000049210006006888				