

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Education :

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.

Déclaration de 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.

E A L D
ea

Déclaration de Maladie : N° P19- 0022996

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12917 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BRIUNI Aniine Date de naissance : 22/08/1982

Adresse : Les ESSAOUDIK Im. A. Appt 8 California CASABLANCA

Tél. : 0676392792 Total des frais engagés : 798,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



S

Date de consultation : 10/08/2019 30 SEP. 2019 Age:

Nom et prénom du malade : BRIUNI Aniine Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Ram Enfant

Nature de la maladie : Assist à la résidence

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 : 30/09/2019

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
10/11-8/11/15	3012		600,00	 Dr. Jean-Pierre Martineau

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/08/19	198 ⁰⁰
	092019496	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

Création, remont, adjonction)

A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from above. The teeth are represented by small circles with numbers indicating their position and type. The numbers are arranged as follows: 1 (central incisor), 2 (lateral incisor), 3 (canine), 4 (first molar), 5 (second molar), 6 (third molar), 7 (first premolar), 8 (second premolar). The teeth are arranged in two rows, with the upper row being the primary teeth and the lower row being the permanent teeth. The diagram also includes a vertical axis labeled 'H' at the top and a horizontal axis labeled 'D' on the left.

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

**DATE DU
DEVIS**

Docteur Farah ZERHOUNI Ep. MSAYIF

الدكتورة فرح الزرهوني

Spécialiste En Pédiatrie

- Pédiatrie Générale et Urgences
- Asthème - Allergie
- Homéopathie

Formation Spécialisée Approfondie en Pédiatrie
de la Faculté de Médecine de Saint-Etienne (France)
Diplôme Universitaire en Homéopathie



أخصائية في طب الأطفال

أمراض الطفل والرضيع

المستعجلات

الربو والحساسية

Casablanca, le :

١٥ / ٠٨ / ١٩

الدار البيضاء، في :
Bébé de BRIUNI

1. Soins du cordon ombilical

Dermasept spray : 2 pulvérisations / j

Eosine aqueuse : 1 application / j (Unidose)

Compresses Stériles

20

2. Soins des yeux

Sérum physiologique unidose PPL

1 Application / j

36 3. Liniment PPL

1 App Après chaque change

4. Konakion 2 mg / 0,2 ml

1 Ampoule par semaine / 5 semaines

~~À donner le jour du BCG~~

5. Sterogyl 15 Ampoules Buvale

6. Lait ~~Nan 1 à Age~~

7. Rendez-vous B.C.G : au ~~15/08/2019~~

6 117050 213466

PPC 80.00 DH

LOT 3010942

EXP 01/2023

شروط الحفظ : يحفظ هذه الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية ويعده عن الضوء.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

يحفظ هذه الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

Conserver à l'abri de la lumière et de la chaleur.

Conserver à l'abri de la lumière et de la chaleur.

Respecter les doses prescrites

Respecter les doses prescrites

Ne pas dépasser les doses prescrites

Ne pas dépasser les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Tablette C (Liste B)

Uniquement sur ordonnance - Tablette C (Liste B)

يصرف بوصب وصفة طبية (انجذب اس (انجذب اس

يصرف بوصب وصفة طبية (انجذب اس (انجذب اس

(II)

(II)

Sterogyl® 15 "H"

600 000 U01,5 ml

6 118000 021254

3 518646 266553

CE 0459

STERILE A



LOT



490302

2022 03

DERMASEPT®
SPRAY

Lot : 704

À consommer de
préférence avant le : 06/2022

PPC : 99,00 DH