

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

itions 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.

iologie 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.

ique :

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 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

Nº P19-0046890

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8669 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : TAWFIK Hicham
Date de naissance : 10/10/1972
Adresse : HAY EL BATAIA IMT 328 Rue 1 Ann Chok Casablanca
Tél. : 06 73 73 58 97 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/09/2019

Nom et prénom du malade : TAWFIK Ned AADRARAHMANE Age : 09.17.015

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : EPILEPSIE

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 : _____

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
PHARMACIE TURDJMAN Date
du Fournisseur
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS
Tél. : 01 43 44 12 33
Fax : 01 43 47 30 55
75 2 03077 5

(299,50)
29,50

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 nature de l'acte traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

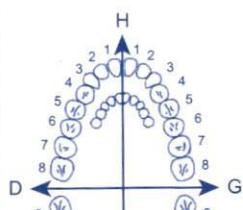
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS

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

Dr. BEN ITTO AFAF

Pédiatrie générale

Epilepsie, Vidéo EEG

Maladies métaboliques et génétiques

Maladies neuromusculaires

Troubles des apprentissages scolaires

Retard Mental

Autisme et Hyperactivité



CCPNP
CABINET CASABLANCA DE PEDIATRIE ET DE NEUROPAEDIATRIE

د. عفاف بن يطو

طب الأطفال

مرض المصرع - التخطيط الكهربائي للدماغ

أمراض الاستقلاب الوراثية

أمراض الجهاز العضلي والعصبي

مشاكل التعلم الدراسي

التأخر الذهني

التوحد - فرط النشاط الحركي

ORDONNANCE

DATE : 22/08/18

AGE : ANS. 10 MOIS JOURS

NOM : Taufik Abderrahmane

POIDS : 5 KG 30 GRAMMES

J�uk Sbriit

21 -

Sbriit Sbriit

PHARMACIE DE L'
14, Place Lach
75012 PARIS
752030775
Tel : 01434412
INSEE :
hôtel pullman

QTE	DESIGNA	SOUM	SOL BUV	SAC	disp
5	SABRIL	500M			
	SOL BUV				
1	Honor. disp				
	HDR				
1	Honor. disp				
	HDE				

MONTANT TOTAL : 1000
MONTANT ANC : 0
Des montants à la franchise
sécurité sociale

1 sachet Nethi

1 sachet S96

QSP

06/08/18

Dr. AFAF BEN ITTO
CCPNP
Pédiatrie - Neuropédiatrie
Cabinet Casablanca de Pédiatrie et de Neuropédiatrie
Tél. 0522 278 392 - E-mail : afaf.benitto@gmail.com

Résidence Ibn Rochd (En Face De La Porte Principale Du CHU Ibn Rochd), 4^{ème} Étage, N° 12, Quartier Des Hôpitaux - Casablanca
Tél. : 0522 278 392 / E-Mail : afaf.benitto@gmail.com

العنوان : رقم 12، الطابق 4، إقامة ابن رشد رقم 50، حي المستشفيات (باب الرئيسي للمستشفى الجامعي ابن رشد - موريزكو) الدار البيضاء

HARMACIE DE LA PLACE
Tordjman PHARMACIE
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS
Tel: 0143441233 Fax: 0143473055
pharmacie.tordjman@offisecure.com
N° SIRET: 35354285500021
Code NAF: 523A - FR22353542855
FRANCE

A déposer

BON DE DUS No 863113

Le 06/09/2019 à 12h09
Patient: ZEMMAMA Fathkita
hotel pullman
75012 PARIS 12 EME

F8

ULCAR SUSP BUV SAC 30
3400933283919

1 x 12,30

Op. : 2 M

(Payé)

PRIERE DE PRESENTER CE TICKET
A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

PHARMACIE DE LA PLACE
Tordjman PHARMACIE
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS

Tel: 0143441233 Fax: 0143473055
pharmacie.tordjman@offisecure.com
N° SIRET: 35354285500021
Code NAF: 523A - FR22353542855
FRANCE

A dépos
BON DE DUS No 863115

Le 06/09/2019 à 12h15

Patient: TAWFIN
hotel pullman
75012 PARIS 12 EME

F8

SABRIL 500MG PDR SOL BUV SAC60(529116)
3400933780647 5 x 45,90

Op. : 2 _ M

(Payé)

PRIERE DE PRESENTER CE TICKET
A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

PHARMACIE DE LA PLACE
Tordjman PHARMACIE
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS

Tel: 0143441233 Fax: 0143473055
pharmacie.tordjman@offisecure.com
N° SIRET: 35354285500021
Code NAF: 523A - FR22353542855
FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC
Patient: TAWFIN Ordonnance 420996				
3400933780647	4	5	44,88	224,40
SABRIL 500MG PDR SOL BUV SAC60(529116)	
Du(s): 5x				
Honor. dispens. HD7	4	5	1,02	5,10
Honor. dispens. HDR	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDE	4	1	2,04	2,04
			Total TTC	232,05
			A Payer	232,05

TOTAL A PAYER : 232,05 (1522,15F)
Montant HT : 227,28

Code	TVA	Taux	HT	TVA	TTC
	4	2,10	227,277	4,773	232,05

Espèces : 235,00
Rendu monnaie : 2,95

Le 06/09/2019 à 12h15 Op. : 2 - M

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 39774/863115 B0106-R1
124/ /1/FACTURATION/TICKET/4/N/AAMk/AARc
/2.8.1.2.R8-151/1