

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A 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.

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.

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-

059643

41958

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8264 Société : B.A.N

Actif

Pensionné(e)

Autre : Résolue

Nom & Prénom : Dossine Dalia

Date de naissance : 08/05/67

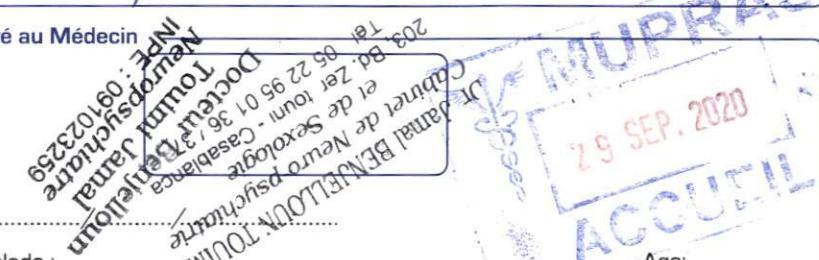
Adresse : Rue Aïn Oulmès Résidence Razzouq AL-Jarrak

Appt 42 Bourgogne CASA ANFA

Tél. : 06 61 139 134 Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 10/09/2020

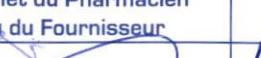
Signature de l'adhérent(e) :

21/09/2020

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
10/10/99	C3		400000	<i>Yousra Benjelloun</i>
20/10/99	P5Y			<i>Yousra Benjelloun</i> Médecin de Neuro-psychiatrie et de Sexologie Zer 10uni - Casablanca 22/08/99 01 36 37

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DE BOURGOGNE BERRADA TAHIR 341, Bd Zekkoune - 06220 Tél. 04 93 22 22 00	10.09.90	691,0000

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Benjelloun Touimi Jamal

Neuropsychiatre & Psychothérapeute

Sexologue

Thérapie du Couple

Adulte et Enfants

Electroencephalographie

الدكتور بن جلون التومي جمال

اختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية

الأمراض الجنسية والصعوبات الجنسية

العلاج والتحليل النفسي

التحفيظ الكهربائي للدماغ

الكبار والأطفال - الطب الشرعي والخبرة الطبية

Casablanca; le : 10 Septembre 2020 الدار البيضاء, في

MOUINE DALILA

180,00

1- Fluoxet 20 : 1 cp le matin 1 cp le soir 2

29,50 x 8

2- Témesta 2.5 : 1 cp matin et midi
2 cp le soir

276,00

3- Seroquel 100 : 1 cp le soir

9804
HAR
PHARMACIE DE BOURGOGNE
ZERKOUNI Casablanca
Tél: 05.22.55.01.36
19806

Traitement de 60 jours

699,00

Signé : Dr. Benjelloun Touimi

IMI
Jamal

Dr. Jamal BENJELLOUN
Cabinet de Neuropsychiatrie
et de Sexologie
203, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: 05.22.55.01.36 - 37

0522 95 01 37 / 0522 95 01 36 ، شارع الزرقطوني - (قرب التوين) - الطابق الرابع - الدار البيضاء - الهاتف :

203, Bd. Zerkouni - (Près de Twin Center) - 4th Etage - Casablanca - Tél : 0522 95 01 36 / 0522 95 01 37

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
6 118000 011576

CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V : 29DH50
6 118000 011576

Fluoxet® 20 mg
30 gélules
6 118000 021681

SYNTHEMEDIC
22 rue soukair brou al aouam roches
noires casablanca
SEROQUEL
100mg Cpr enz
Boîte de 60
269/6 DMP 21/NSF P.P.V : 276,00DH
6 118001 021307