

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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copié 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.

tique :

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- 059093

Optique Autres . uo379

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 36261 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABDELMALIK Souad

Date de naissance : 26/09/1983

Adresse : 3 BA Bourjiba AÏMDAB

Tél. : 0661 338803 Total des frais engagés : 128,0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/08/2020

Nom et prénom du malade : Abdellatif Souad Age:

Lien de parenté : Lui-même Comptine Enfant

Nature de la maladie : Afectio Ocularis

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 : 40318 Le : 12/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : 17 SEP 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
11/08/2022	S	1	2509H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur **Date** **Montant de la Facture**

Pharmacie Lahjaima
MAMMA Nadia
et Phare - Rés. l'ence-
maceutique - pharmacie
Tél. 05 22 71 14 44

~~Pharmacy~~ ZAHARIA N. M. charolis
ZAHARIA N. M. R. 29.08.04

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

<u>Océan et signature du Casier et du Radiologue</u>	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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
I	

(Création, remont, adjonction)

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des travaux								
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">00000000 35533411</td> <td style="width: 50%;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">G</p>	25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B		
25533412 00000000	21433552 00000000									
D										
00000000 35533411	00000000 11433553									
B										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									

مركز طب وجراحة العيون بورگون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Abdellatif ZAKARRYA

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France
Membre de la Société française d'ophtalmologie

Certificat Moorfield Londres

Certificat Vitrectomie Schruns Autriche

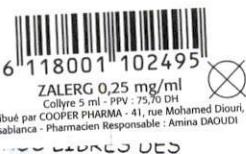
Forces Armées Royales

د عبد الطيف زكرياء

طب وجراحة العيون ببوردو فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
شهادة العضوية لمورفيلد بلندن
شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا
طبيب القوات المسلحة الملكية

31 Août 2020

Mme ABDERRAZIK SOUAD



1/ BLEFARETTE LINGETTE JETABLE

A CHAUFFER AU BAIN MARIE POUR NETTOYAGE DES PAUPIERES.

LE MATIN ET LE SOIR AVANT LE COUCHER.

TRAITEMENT POUR UN MOIS.

2/ BLEPHAGEL GEL

1 APPLICATION 2 FOIS PAR JOUR X 3 MOIS

3/ ZALERG COLLYRE

UNE GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR X 2 MOIS

4/ AZYTER

2 gouttes matin & soir dans les 2 yeux pendant 3 jours

5/ LEXOMIL 1

1/2 CP le matin, 1/2 cp à midi, 1 Mois

6/ LYSANXIA

1 COMPRIME PAR JOUR LE SOIR X 1 MOIS

Agree Pour le Permis de Conduire درخصة السياقة

05 22 39 83 39 - 05 22 95 01

ر.س.هـ.لطان عبد المجيد - اقامة زكرياء - بورگون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com



بليفاجيل
هلام معقم بدون مادة حافظة
30 غ

HYLO GEL

Gel

1 جلوله ستاندرد

(8000*2)



UT, AV :

LOT N° :

23,10

P.P.V

AR

Azyter®

15 mg/g

ازيتير®
15 مغ/غ

rigifiant umébuse
...
PPC 00 DH
147.00

Blephagel



Gel stérile

et sans conservat-
rice quotidie-
lles et des

Zalerg
0,25 mg/ml

Collyre en solution

Kétotifène

5 ml

زالرغ
0,25 مل/مل
 محلول قطرات للعين

كيتوتيفين

5 مل

Zalerg 0,25 mg



FR

Sans
conservateur

بدون مادة حافظة

HYLO®-
GEL

URSAPHARM
Industriestraße
66129 Saarbrücken
Allemagne

PPC:

LOT

8022-02

295925

1800 DH

189.00

double

ملاعة ملائكة الدهن
de la graisse de l'ange

pharmacie