

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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 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.

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

N° P19- 049070

UU885

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5123 Société :

Actif

Pensionnée

Autre :

Neige FATHEDDINE

Nom & Prénom : FATHEDDINE

Date de naissance : 1946

Adresse : Tanger

Tél. : 06.62.49.70.26 Total des frais engagés : 1217 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/10/2012

Nom et prénom du malade : Fatheddine Chama Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Calcul

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Fracture expost opératoire

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 :

Le : / /

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
01/10/2018 cs	CPA	300 DH		
01/10/2020 cs		contrôle		
02/01/2020 cs		contrôle		
12/oct/2020 CS		contrôle		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2-10-2012	88.40
	12/10/12	829.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

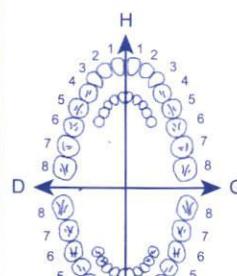
H
25533412 | 21433552

D

00000000	00000000
00000000	00000000
35532411	11432553

[Création, remont, adjonction]

fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la professio



CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAIL

MONTANTS DES COINS

DATE DU
REVIS

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
 - **Ancien Médecin des Forces Armées Royales**
 - Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي بنانسي - فرنسا
 - **طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية**
 - طبيب سابق لدى مؤسسة الصر العالمة

Casablanca, le : 12 OCT 2020

12 OCT 2020

PHARMACIE CHARIF IDRISSI AZAMI
Docteur en Pharmacie
Hab sofia Ghz E1 n 201 tissasa casablanca
Tél : 05.22.65.01.91

~~FATHEDDINE~~

Chama

164,2° + v Cosopt (or flaccans)

164,2° N ~~cosopt~~ (or placans)
S:V the zig- small well
small (small)
shallow

U1.º 2) GELLarm (gelb) 
Sf. 2fj. → grün

Travahafn
Igte / Soie
829,10

الدكتور المروان عبود
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
شارع وام القراءة المفتوحة - الدار البيضاء
الرقم : 15 56 / 05 22 80 75 38

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



6 118001 071425

A.M.M. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



6 118001 071425

A.M.M. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



6 118001 071425

A.M.M. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV
PPV : 230 DHS

406151

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV
PPV : 230 DHS

406151

LOT T002108 1

EXP 11/2021

PPV 164.20 DH

Travatan
الجفن العلوي
الجفن السفلي

LOT T002108 2
EXP 11/2021
PPV 164.20 DH

Ibrimo

الجفن العلوي
الجفن السفلي

Ps Uno

6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PPV : 41.00 DH



Docteur El Marouani Mustapha

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
 - Ancien Médecin des Forces Armées Royales
 - Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"



الدكتور المرولاني مصطفى

أختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

• طبيب سابق بالمستشفى المركزي بنانسي - فرنسا

• طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية

• طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le : 01/10/2020

01/10/2020

FATHEDDINE Chama

DC: calendar de l'entitat

L p ha co oR

9001 11 15 58-0522 89 7638 : 5544
X C P.A

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

• Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France

• Ancien Médecin des Forces Armées Royales

• Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"



الدكتور المرولاني مصطفى

اختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

• طبيب سابق بالمستشفى المركزي ببنانسي - فرنسا

• طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية

• طبيب سابق لدى مؤسسة التضييق العالمية

Casablanca, le :

02/09/2020
17:30
15/09/2020
17:30
22/09/2020
17:30

Dr. FAT HEDDINE Chama

Chloroform
20.40
x3



20g

After 5 flj → عسوخ 20g

After 4 flj → عسوخ 20g

After 3 flj → عسوخ 20g

After 2 flj → عسوخ 20g

After 1 flj → عسوخ 20g

PHARMACIE TOUJATI
Dr. Maryama EL FARNINI
Riad Sofia T2-223 M2 Lissasfa
INPE : 092067248
Tél.: 05 22 65 20 70

الدكتور المرولاني مصطفى

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

54 شارع دار دار - الدار البيضاء

للمزيد: 05 22 89 75 38
54، شارع دار دار - الدار البيضاء (قasa)

54، شارع دار دار - الدار البيضاء (قasa) 05 22 89 75 38

54, RDC Groupe "Q" - Bd. Oued Daraâ, (Près Institut Abdou) Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 75 38

GSM : 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95 • E-mail : docteur.marouani.mustapha@gmail.com

FACTURE

N° : 8064 B / 2020 du 01/10/2020

CPA

Nom patient **FATHEDDINE CHAMA** Entrée 01/10/2020
PAYANT Sortie 01/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	CPA	1,00	150,00	150,00
<i>Sous-Total</i>				150,00

Total Clinique 150,00

DR. BELLALIH ABDELJALIL (anesthesiste)	CPA	1,00	150,00	150,00
<i>Sous-Total</i>				150,00

Total Autres prestations 150,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

