

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.

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.

taire :

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.

adie 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- 068523

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2041

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : SADIK Fatma

Date de naissance : 15.02.1958

Adresse : 168, Bd de La Resistance - Resid. DALIA B

apt 23 - 3^e Etage - casablanca - Tél. : 0634352666 Total des frais engagés : 517,10 Dhs

Optique

Autres

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 OCT 2020

Nom et prénom du malade : Dr. SADIK FAIMA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Ophtalmologie

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 : 14/12/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14 OCT 2020 | 10 | | 3000 | <i>[Handwritten signatures and stamp]</i> |
| 12 NOV 2020 | CPA | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <i>[Handwritten signatures and stamp]</i> | 14/11/2020 | 75,30 |
| <i>[Handwritten signatures and stamp]</i> | 17/11/2020 | 56,90 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

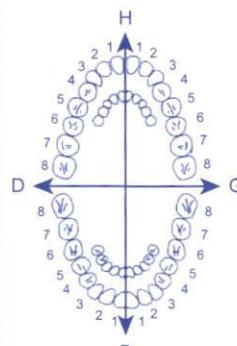
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

| H | D | G | B |
|----------------------------------|----------------------------------|---|---|
| 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | | |
| | | | |

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | D | G | B |
|----------------------------------|----------------------------------|---|---|
| 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | | |
| | | | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Abdellkader Moukel

Maladies et Chirurgies des Yeux
Strabologie - Angiographie - Laser
Femto-Lasik Myopie - Chirurgie de la Cataracte

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

الدكتور عبد القادر مقل

لخصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بتولوز

CASABLANCA, le Mercredi 14 Octobre 2020

Madame SADIK Fatna

4590

S.V

- CILOXAN 3% COLLYRE

2 gouttes, 4 fois par jour, dans l'oeil droit, pendant 7 jours

- CHIBRO-CADRON

2 gouttes, 4 fois par jour, dans l'oeil droit, pendant 2 semaines

2940

S.

CHIBRO-CADRON

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



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

Barcode
6118001071425

صيادلة المتقدمة
PHARMACIE DU PROGRES
EL GUERMAÏ Abdellghani
9, Place du 16 Novembre
Casablanca - Tél: 0522 22 05 20
Fax: 0522 20 13 06



Dr. MOUKEL Abdellkader
OPHTALMOLOGUE
24, Bd. Mohamed V - Casablanca
Tél.: 022.22.96.41 - GSM: 051.46.66.11

N

Docteur Abdelkader Moukel

الدكتور عبد القادر مقل

Maladies et Chirurgies des Yeux

Strabologie - Angiographie - Laser

Femto-Lasik Myopie - Chirurgie de la Cataracte

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بتولوز

CASABLANCA, le Lundi 23 Novembre 2020

Madame SADIK Fatna

- CHIBRO-CADRON

1 goutte, le matin, dans les deux yeux, pendant 2 semaines

- CARTEOL LP

1 goutte, le matin, dans les deux yeux, pendant 1 mois

84,90

صيدلية الأفامس
PHARMACIE LA RÉSIDENCE
Dr. ZOUITENE Hassan
449, Angle Bd de la Résistance
et Rue Luhicon Ouardouz - Casablanca
tel: 0522 44 57 50

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml

ZENITH PHARMA
PPV: 84.90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

عيار
الانتاج
FAB/
EXP/



Casablanca le : 17.11.20

صيدلية الأقمار
PHARMACIE LA RÉSIDENCE
Dr. ZOUIENE Hassan
149, Angle Bd Hassan II et Rue Hassan II - Casablanca
Tél: 0522 24 57 50

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

AMM. Maroc
N° 116 DMR/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P N°1, 27182
Boujdour - MAROC

29,40



Chibrocadron

PPV : 27 DH 50

6 281200 000395

27,50



Tchue

56,90

Tchue x 4

Urgence 24/24



Casablanca le : 12.10.22

BON DE REGLEMENT

Reçu de M.....Sedra le fatma.....

La somme de : TROIS CENT Dhs
300.00 Dhs

Pour : Consultation pré anesthésique.

Cachet et signature

*DR. MED ADIL XASR
Anesthésiste Réanimateur
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél: 0522.23.71.71 (G) - Fax: 0522.25.11.15*

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057