

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Radiologie 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.



53978

Déclaration de Maladie : N° P19-0007206

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2207 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre : _____

Nom & Prénom : AZIZ BOUCHAIB Date de naissance : 04/10/81/1957

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06.64.074.077 Total des frais engagés : 860,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/10/2020

Nom et prénom du malade : Mme LAHROUB ZOHRA Age : 28/6/63

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection œu. laine

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 : 14/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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	CSA-F		250 dr	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
E GHOFRAN MOUA LAILA 1116 Blok (C) Boulevard Sidi Bernoussi Casablanca	11/11/2020	110,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
DE L'OEIL CALIFORNIA Panoramique, Maroc 19/05/2020 146 15 05 22 15 15 15 22 15 15	16/01/2020	Echographie systolique	500,-

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:

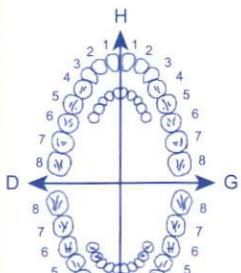
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000



(Création, remont, adjonction)

	DATE DU DEVIS	
--	------------------	--

Docteur Mohamed ATTITCH

الدكتور محمد أتتیش

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux**

*Ex Medecin à l'hôpital des spécialistes de Rabat.
Membre de l'European Society of Cataract and
Refractive Surgeons*

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

*Chirurgie vitreo retinienne
Œil et Diabète*

*Chirurgie réfractive , LASIK
OCT - Angiographie - laser*

**اختصاصي في أمراض
وجراحة العيون**

طبيب سابق بمستشفى الإختصاصات بالرباط
عضو الجمعية الأوروبية للجراحة الإنكسارية و الجلالة
جراحة المياه البيضاء بالموجات فوق الصوتية (الفاكو)

جراحة الشبكية والجسم الزجاجي
علاج مخلفات مرض السكري على العين

تقورم الرؤية بالليزر
انجيوغرافيا - لايزر

Casablanca le : 14/10/2020 **دار البيضاء، في :**

Mme : LAHROUB ZOHRA

Mme



1 - FLORA VISION œil rouge (collyre)

1 goutte 3 fois par jour dans les deux yeux



PHARMACIE GHOFRANE
Dr. HIRIOUA LAILA
Rue 2 N° 115 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

Dr. Mokhtar ATTITCH
Ophthalmologue
Av. Souhaib Erroumi Amal 4 Rue 50
N° 17 Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 05.22.73.37.44

شارع صهيب الرومي أمال 4 زنقة 50 رقم 17 (مقر الجماعة الحضرية سابقا) - سيدى البرنوسي

Avenue Souhaib Erroumi, Amal 4 rue 50 N° 17 (Ex-siège de la commune urbaine)
Sidi Bernoussi - Tél : 05 22 733 744



NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 16/11/2012

le Docteur..... CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, boulevard panoramique, californie,
Casablanca, maroc.

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

..... M. LAHROUB Zohra

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

Echo gaphie de la main

Soit la somme de : 500,-

..... cinq cents Dhs

Dhs

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca, maroc
Tél.: 05 22 86 46 18 / 19/ 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax.: 05 22 86 46 21

Cachet et signature

ORDONNANCE

Casablanca le

16/11/2020

COMPTE RENDU

NOM & PRENOM : LAHRÔUB ZOHRA

Echographie A :

- La longueur axiale est mesurée à 23.74 mm de l'œil droit et à 23.64 mm de l'œil gauche.

- Mesure implant :
(Implant pliable) D 118

OD: 22.00 D
OG: 19.50 D

Echographie B :

ODG : rétine en place