

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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 canaux, 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 canaux.

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

N° P19- 0047072.

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0570 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OMALEK Aomen

Date de naissance : 01/12/1945

Adresse : (cité attadamaoun) RAM Ruo2 Im 75 No4 OULFA - CASABLANCA

Tél : 0650191836 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/12/2020

Nom et prénom du malade : OMALEK Aomen Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cataracte œil gauche

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 : CASA

Le : / / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

RELEVÉ 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
28/12/20	CHS		210,00	
29/12/20			118	
31/12/20	Rela		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

31/12/2020

220,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

20/12/20

890
EPS

139,00
DB

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552
00000000 00000000

D

00000000 00000000
35533411 11433553

B

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لايك

31/12/2020

Casablanca, le :

PHARMACIE DE L'HOPITAL
IBNOU ROCHD sari
11, RUE GRASSET, QUARTIER
DES HOPITAUX - CASABLANCA
J5 22 49 20 20

OMALEK

Aomar

ARES 250 cpmés

- 1 comprimé, le matin et soir, pendant 5 jours

ICOMB COLLYRE

- 1 goutte, 5 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 1 mois

CILOXAN COLLYRE (Ciprofloxacin) 0,3%

- 1 goutte, 5 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant

PHYLARM Solut° isotonique de NaCl

- 1 toilette oculaire, à la demande,

COMPRESSES STÉRILES 5cm x 5cm

- 1 application, matin et soir,

33,60
CILOXAN® 0,3%
COLLYRE

Lot:

EXP: 9 H N 1 B

07 2021



أيكومب
Icomb®

Lot:

Lab: 02 092

Exp: 02 22

PPV: 30 DH 30



- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكية - الليزر
- تصحيح البصر لايذك

Casablanca, le :

31/12/2020

OMALEK Aomar

FACTURE POUR ECHOGRAPHIE CORNEENE

300.00 DH

Dr. WAHIDY Adil
Ophtalmologiste
Abdelmoumen Center
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88
GSM : 06 44 05 49 05
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لايترك

Casablanca, le :

28/12/2020

OMALEK Aomar

GLYCEMIE A JEUN

UREE - CREATINEMIE

Mr OMALEK Aomar
01-12-1945



2012290029
A coller sur l'ordonnance



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
KARIM LAB
432, Angle Bd. Oum Rabi et Oued Daraa
Quartier El Ciffa - Casablanca
Tél : 0522 932 120 / 0522 89 43 24 / 0522 89 23 75
Fax : 0522 93 21 31

Dr. Adil WAHIDY
Ophtalmologiste
Abdelmoumen Center
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen
2ème étage N° 211 - Casablanca
Tél: 0522 66 14 18 - GSM: 06 44 05 49 05

Abdelmoumen Center,
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211
Tramway station Abdelmoumen
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88
GSM : 06 44 05 49 05
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المومن.
زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 211
محطة الطرامواي عبد المومن
الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com



مختبر التحليلات الطبية كريملا ب

KARIMLAB

LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE KARIMLAB

Dr. Amal KARIM

Pharmacienne Biologiste Diplômée de la faculté de Paris V
Ex. Attachée des Hôpitaux de Paris
DU Assurance Qualité Paris V

FACTURE N° : 201200821

ICE : 001602781000008

Casablanca le 29-12-2020

Mr OMALEK Aomar

Demande N° 2012290029

Date de l'examen : 29-12-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait prélèvement	E10	E
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0135	Urée	B30	B

Total des B : 90

TOTAL DOSSIER : 130.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent trente dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
KARIMLAB
432, Angle Bd. Oum Rabii et Oued Darâa
Quartier El Oulfa - Casablanca
Tél : 0522 932 120 / 0522 89 43 24 / 0522 89 23 75
Fax : 0522 83 21 51

* Ouvert de 7h30 à 18h30 - Samedi de 7h30 à 13h00 * Prélèvement à domicile sur rendez-vous

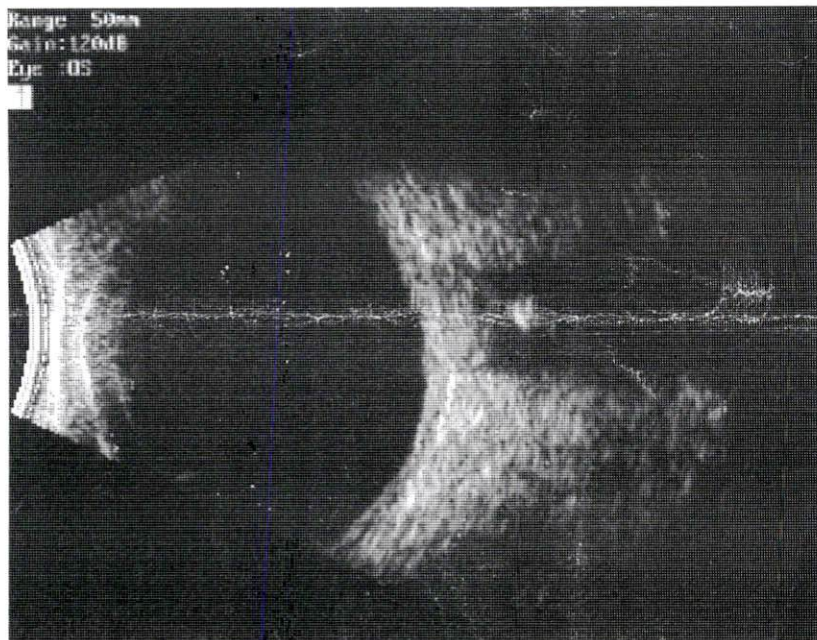
432, Angle Boulevard Oum Rabii et Oued Darâa, Quartier El Oulfa - Casablanca
05 22 93 21 20 / 05 22 89 43 24 / 05 22 89 23 75 06 61 61 46 29 05 22 93 21 31 @ karimlab2005@yahoo.fr
1928 • CNSS : 6974332 • IF : 51505825 • Patente : 36000461 • ICE : 001602781000008 • INPE : 093002301



Ophthalmic Ultrasound Report

Name : OUMALEK AOMAR
 Eyesight(OS) :
 Age :
 Address :
 Operator: DR WAHIDI ADIL

I D : -95989999
 Eyesight(OD) :
 Sex : Male
 Date/Time : 1904-01-00 00:00



IOL Calc.

OS

A L = 24.63
 K 1 = 44.00
 A 1 = 118.00
 D R = -1.00
 K 2 = 42.50
 A 2 = 118.40

OD

A L = 00.00
 K 1 = 43.00
 A 1 = 118.00
 D R = -1.00
 K 2 = 43.00
 A 2 = 118.40

SRK-II

IOL (D)	REF (D)
17.00	00.00
17.50	-0.40
18.00	-0.80
18.25*	-1.00*
18.50	-1.20
19.00	-1.60
19.50	-2.00

SRK-II

IOL (D)	REF (D)
17.50	-0.08
18.00	-0.48
18.50	-0.88
18.65*	-1.00*
19.00	-1.28
19.50	-1.68
20.00	-2.08

SRK-II

IOL (D)	REF (D)
---	-0.16
---	-0.56
---	-0.96
---*	-1.00*
---	-1.36
---	-1.76
---	-2.16

SRK-II

IOL (D)	REF (D)
---	00.16
---	-0.24
---	-0.64
---*	-1.00*
---	-1.04
---	-1.44
---	-1.84

E M = 17.00
 SPEC = 09.49

E M = 17.40

E M = ---
 SPEC = 50.30

E M = ---

Comments :

Dr. ADIL WAHIDI
 Ophthalmologist
 Al-Badr Eye Center
 Amman, Jordan
 Tel: 06 433 33 35