

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



Déclaration de Maladie
N° P19- 0037600

56114

Maladie Dentaire Optique Autres

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.

Diagnostique 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.

Rééducation :
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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10291 Société : R.A.17

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHOVICH MUSTAPHA

Date de naissance : 1966

Adresse : AV MANATA RUE POANDA N°2
2102 FS

Tél. : 06 64 21 97 50 Total des frais engagés : 750 w Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/01/21

Nom et prénom du malade : CHOVICH MUSTAPHA Age: 54

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : FS Le : 01/01/21

Signature de l'adhérent(e) :

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
02/10/20			40000	

Dr. Fadoua Zahri
 Ophtalmologue
 1411174227
 Tél : 35 35 62 24 70
 1411174227

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		AM	PC	IM	IV	
	06/11/21					15000

S. vision
 Ophtalmienne - Ophtalmologiste
 776, Bd Ravenna Montfleury - PLS
 Tél: 05 35 64 49 66

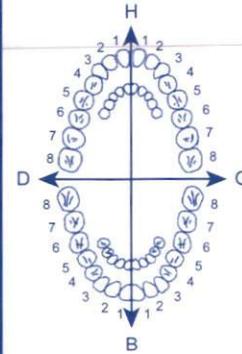
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

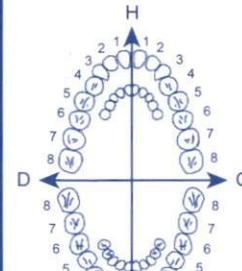


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

Dr. Fadoua ZAHIR

Spécialiste en Ophtalmologie



الدكتورة فدوى الزاهر

أخصائية طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بفاس

دبلوم في تصوير وامراض شبكية العين بباريس

دبلوم في العدسات اللاصقة بباريس

طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري بمكناس

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي

الحسن الثاني بفاس

جراحة الجلالة - الحول

- العدسات اللاصقة - مرض الزرق - تصحيح النظر

- فحص وتصوير شبكية العين

- الليزر - الإيكوغرافيا

Lauréate de la Faculté de Médecine de Fès

Diplômée en Imagerie et Pathologies

Rétiniennes de Paris

Diplômée en Lentilles de Contact de Paris

Ancien Médecin de l'Hôpital Militaire de Meknès

Ancienne Interne au CHU Hassan II de Fès

Chirurgie de cataracte par Phaco émulsification

Strabisme - Glaucome

Adaptation en lentilles de contact

Angiographie - OCT - Laser

Echographie - Topographie Cornéenne

ORDONNANCE

Fès, le : 2016/11/21

Chouchou
Houcine

Dr. Fadoua ZAHIR
Ophtalmologiste
N°201 Bureaux Annour, Avenue Med
Slaoui/côte cinéma Astor) - Fès
Tél : 05 35 62 24 70
INPE : 14 1174 2 27

Prescription details and signature area.

Dr. vision
Ophtalmologiste
Karama Montfleury - Fès
Tél : 05 35 64 49 68

OD - 2.00
OS - 2.00

Signature

