

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.

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 0037600

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10291 Société : R. A. 17
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHOUVICH MUSTAPHA
Date de naissance : 1966
Adresse : AV. MANAFA RUE BOUAND N°2
20000 FES
Tél. : 06 64 21 97 50 Total des frais engagés : 750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 04/01/25
Nom et prénom du malade : Chouvich Mustapha Age :
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 : Fes Le : 18/01/25
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			2500DH	

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
AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

06/11/21					1500DH

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

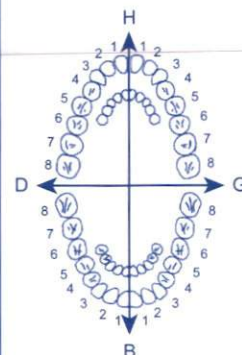
Nature des
Soins

Coefficient

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

H

25533412
00000000

21433552
00000000

D

00000000
35533411

00000000
11433553

G

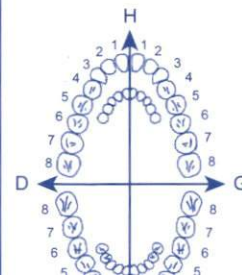
B

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS


Dr. Fadoua ZAHIR

Spécialiste en Ophtalmologie



الدكتورة فدوى الزاهر

أخصائية طب وجراحة العيون

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

خريجة كلية الطب بفاس

دبلوم في تصوير وأمراض 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

ORDONNANCE

Fès, le : 2016/12/1

Choukch Houtserne

Dr. Fadoua ZAHIR
Ophtalmologiste
N°201 Bureau Annour, Avenue Med
Slaoui à côté Cinéma Astor - Fès
Tél : 05 35 62 24 70
INPE : 14 117 42 27

Dr. Fadoua ZAHIR
Ophtalmologiste
N°201 Bureau Annour, Avenue Med
Slaoui à côté Cinéma Astor - Fès
Tél : 05 35 62 24 70
INPE : 14 117 42 27

ve

OD - 2.00

OS - 2.00

Signature

مكاتب النور رقم 201 ، الطابق الثاني، شارع محمد السلاوي، زنقة حسين الخضار (بجانب سينما أسطور وحديقة للامريم) - فاس
Bureaux Annour N° 201, 2ème Etage, Av. Med Slaoui, Rue Houcine Alkhadar (à côté de cinéma ASTOR et jardin lalla meriem) - Fès

Tél : 05 35 62 24 70 - E-mail : drzahirfadoua@hotmail.com

