

INSTRUCTIONS 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 :

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

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

et Affection Longue Durée ALD et ALC :

declaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

années.

resses Mails utiles



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

Nº P19-0036121

56670

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1053 Société : R. A. M.

Actif Pensionné(e) Autre : Petits îles

Nom & Prénom : KHADIJOU Khiadija

Date de naissance : 22/01/1948

Adresse : 342 Bd vned oum Rabi' ouffa

Tél. : 0662256446 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/01/2020

Nom et prénom du malade : KHADIJOU Khiadija Age: 72

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie à domicile Dr. N. B. M. Menni Tél: 05 24 67 11 11</i>	19/11/2022	300,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
TAHIRI OPTIC OPTICIENNE OPTOMETRISTE CONTACTOLOGUE 316 BD DOUR RABBI EL DULFA LASABOUN Tel / Fax: 05 22 91 33 36	17.11.2000	Usr facture C'jette				500,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412 00000000	21433552 00000000
00000000 35533411	00000000 11433553

[Création, remont, adjonction]

— et personnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Dr. Reda MIKOU

Ophthalmologist

Chirurgie Vitréo-Rétinienne



CLINIQUE STENDHAL

Ancien interne des hôpitaux de France

Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris

Titulaire de l'European Board of Ophthalmology

Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon

Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière Paris VII

الدكتور رضى ميكو
طب العيون

اختصاصي في جراحة الشبكية



PT201117170324

19 novembre 2020

Mme KHIDIOUI Khadija

160 → X2

S.V

HYLOCOMOD: COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

3001 →

Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophthalmologist
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél. : (+212) 0522 47 594
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophthalmologist
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél. : (+212) 0522 47 594
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca

Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51

E-mail : ophthalmologie@cliniquestendhal.com

Dr. Reda MIKOU
Ophtalmologiste
Chirurgie Vitréo-Rétinienne

 **CLINIQUE STENDHAL**

Ancien interne des hôpitaux de france
Ancien assistant Spécialiste a l'Hôtel-Dieu de Paris
Titulaire de l'European Board of Ophthalmology
Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon
Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière paris VII

الدكتور رضى ميكو
طب العيون
اختصاصي في جراحة الشبكية



PT201117170324

19 novembre 2020

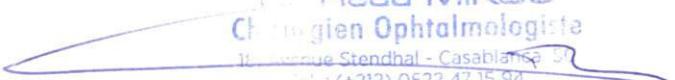
Mme KHIDIOUI Khadija

Monture pour vision de près + verres correcteurs
Antireflets

VP : OD = + 4.25 (- 0.50 à 86°)

OG = + 4.00 (- 0.75 à 91°)

*TAHIRI OPTIC
OPTICIENNE OPTOMETRISTE
CONTACTOLOGUE
316 BD OUM ARBII EL OULEMA CASABLANCA
Tél / Fax: 05 22 91 33 36*


Dr. Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

TAHIRI OPTIC

FACTURE N° 102 / 2020

M : KHIDILOVI KHADIJA

Casablanca, le : 12/12/2020

N° de nommenciatu re correspondant à la préscription du Docteur <u>Mikou</u>	Vision de loin OD : OG :	Vision de prés OD : OG :	Double foyer OD : OG :	Supplément

Fourniture :

Monture Optique
Verres organiques Yves trinité 500.00
..... autocollant

Monture

Verres

TAHIRI OPTIC
OPTICIENNE OPTOMETRISTE
OPTICOLOGUE
316 BD OUM RABII EL OULFA CASABLANCA
Tél / Fax : 05 22 91 33 36

TOTAL TTC dont TVA 20% 500.00

La présente facture est arrêtée à la somme de : Cinq cent

Libellé de la notice

HYLO-COMOD®

Hyaluronate de sodium 1 mg/ml

I'hydratation de la surface des yeux secs, ayant une sensation d'étrangers, en pré et post opératoire, pour les porteurs de lentilles de contact.

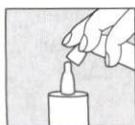
ans agents conservateurs

et durée d'emploi:

re dosé individuellement selon vos besoins et la recommandation de votre spécialiste des lentilles de contact. Normalement, il convient d'appliquer Hylo-COMOD® 3 fois par jour, dans le sac conjonctival de chaque œil. En cas de sécheresse importante ou de fatigue oculaire, des applications plus fréquentes d'Hylo-COMOD® peuvent être nécessaires. Si vous utilisez Hylo-COMOD® très fréquemment (par ex. plus de 4 fois par jour), il est recommandé de consulter votre ophtalmologue.

Hylo-COMOD® est destiné à une utilisation de longue durée; toutefois, comme pour toutes les affections, en cas de maux persistants, il vous est recommandé de consulter votre ophtalmologue.

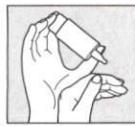
Retirez le capuchon de l'embout du flacon avant chaque utilisation.



Avant la première application d'Hylo-COMOD®, retournez le flacon et pressez le fond du flacon (comme indiqué sur le dessin ci-après) autant de fois que nécessaire pour faire sortir la première goutte de l'embout du flacon. Le flacon est alors prêt à l'emploi. Cette opération ne doit pas être répétée avant chaque utilisation.

Maintenez le flacon en position vertical, la pointe dirigée vers le bas et pressez rapidement et fermement sur le fond du flacon pour actionner le mécanisme qui délivre une goutte. En raison de la technique particulière du système COMOD®, la taille et la vitesse de la goutte sont toujours identiques même en exerçant une pression très forte sur le fond du flacon.

Penchez la tête légèrement en arrière, tirez délicatement la paupière inférieure vers le bas et appliquez une goutte dans le sac conjonctival inférieur selon le dessin. Fermez lentement les yeux pour que le liquide puisse se répartir uniformément sur la surface de l'œil.



Après l'emploi, refermez le flacon soigneusement et rapidement avec le capuchon. Lors de l'instillation, évitez tout contact entre l'embout du flacon et l'œil ou la peau du visage.

