

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

ctique :

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.

ntaire :

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.

ladie 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
Nº M21- 0011409

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 44.51 Société : R.A.M 62.181

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : Layachi Benissa

Date de naissance : 28/06/1961

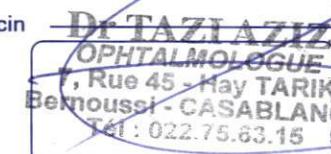
Adresse : Quartier EL Qods Residence ALFAJR

Immeuble Annamane N° 10 Sidi El Hibaoui Casablanca

Tél. : 06 84 93 12 72 Total des frais engagés : 220 MADRAS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 MARS 2021

Nom et prénom du malade : LAYACHI BENISSA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection gulaire

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 : casab

Le : 05/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
04 MARS 2021		CS	200,00	DR TALI OPHTALMOLOGISTE Rue 45 - C BENOUSSI - Tel : 02 22 22 22 22

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	
<i>Dr. M. A. BEN HASSAN 007100UE BEAU COIN</i>	04 03 2021					20000 DH

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

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	G
00000000	00000000
25533411	21433553

[Création, remont, adjonction]

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
25533411	21433553

[Création, remont, adjonction]

Optique Le Beau Coin

Patente N°36612797 - I.F : 50791172 - R.C : 335648

INPE : 001719172 - ICE : 00179006000087

Bd Moudibikita, Bloc (j) N°70 - Casablanca

Facture N° 002402

Casablanca le : 04.10.2021

Mr: LAYACHI BENMAISSA

VL :		
OD : - 0,50 (- 1,25 - 15°)		
OG : - 1,25 (- 0,50 - 180°)		
VP :		
OD :		
OG :		
Monture : Metal optique	800 D.H.	
Verres : Organique	1200 D.H.	
Antireflet		
Total :	2000 D.H.	
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :		

DOCTEUR TAZI AZIZ



الدكتور التازى عزيز

Spécialiste en Ophthalmologie

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب ببلجيكا ببروكسيل

طبيب سابق بالمستشفيات الفرنسية بباريس

04 MARS 2021

Casablanca le : الدار البيضاء في :

LAYACMI
BENAISSA

Monture + Verres
Ammi

OD = -0,50 (-1,25 à 5°)

OS = -1,25 (-0,50 à 180°)

سترات بركن الجعفر
OPTIQUE BEAU CON

Dr TAZI AZIZ
OPHTHALMOLOGUE
7, Rue 45 - Hay TARIK
Sidi Bernoussi - CASABLANCA
Tél : 022.75.63.15

زنقة 45 الطابق الثاني حي طارق - سيدى البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.75.63.15 - المحمول : 06.73.06.74.25

7, Rue 45, 2^{ème} Etage Hay Tarik Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél : 05.22.75.63.15 - GSM : 06.73.06.74.25