

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Une 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 :

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.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

66216

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8868

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHOUHYI SANIRA

Date de naissance : 02/08/1966

Adresse :

Tél : 0661538603

Total des frais engagés :

3800

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/12/2010

Nom et prénom du malade : ZERRAI SHEMS EDDOHA Age : 19 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

optique

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-035625

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



## 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
22/02/2020	Actes		# 300 #	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>SAADER OPTION</i> SAAD ECHI - OPTICIEN N° 22787077 SAAD ECHI	23/11/91	0	0	0	0	38000DH

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				Montants des soins														
				Date du devis														
				Date de l'exécution														

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ICE 8001823017 000027

# KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhagi  
 IDRISSIA 1 -Casablanca  
 Tél: 05 22 28 70 73  
 Fax: 05 22 80 18 36

Patente: 33664052  
 CNSS: 2361145  
 R.C. :20 47 88

FACTURE 0005040

Le 23/11/2020

M. Shemseddine Zerrai

Mourad Dahdouh

Ordonnance du docteur

NRS de nomenclature  
 correspondants à  
 la prescription

Loin	O. D. = +0,25	(-0,75 à 135°)	Prés	O. D. =	D. F.	O. D. =
	O. G. = +0,50	(0,25 à 135°)		O. G. =		O. G. =

## FOURNITURES :

Montures :	Optique	2000,00	2000,00
Verres :	Organique (AR)	900,92	1800,00

La présente facture arrêtée à la somme DH

TOTAL

3800,00

trois mille huit  
 cent dirhams

**KADER OPTIQUE**  
 OPTIQUE - OPTOMETRIE  
 LENTILLES DE CONTACT  
 404, AV Abdellah Senhaji, Bouslim, Casablanca  
 Tél: 05 22 28 70 73 - Fax: 05 22 80 18 36

## Docteur Mounir DAHREDDINE

Diplômé de la faculté de médecine Paris 7 Diderot  
Ancien assistant spécialiste des Hôpitaux de Paris  
DU Pathologies et Chirurgie Rétino-Vitréenne  
DU Imagerie et Pathologies Rétiniennes  
DU Chirurgie Réfractive et Phaco-émulsification  
DU Pathologies et Chirurgie Orbito-Palpébrale et Lacrymales

OPHTALMOLOGISTE  
Maladies et chirurgie des yeux  
Chirurgie de la cataracte par phaco-émulsification, Chirurgie de la rétine, Laser argon, laser yag, Angiographie

le mardi 22 décembre 2020

### Madame Shems Eddoha ZERRAI

Port constant

Verres Organiques Blancs

Verres Traités Anti-Reflets

Verres Traités Anti-UV

- Une Monture :

OEIL DROIT : +0,25 (-0,50 à 110°)

OEIL GAUCHE : +0,50 (-0,25 à 135°)



## **Docteur Mounir DAHREDDINE**

Diplômé de la faculté de médecine Paris 7 Diderot  
Ancien assistant spécialiste des Hôpitaux de Paris  
Pathologies et Chirurgie Rétino-Vitréenne  
Pathologie et Pathologies Rétiniennes  
Chirurgie Réfractive et Phaco-émulsification  
Pathologies et Chirurgie Orbito-Palpébrale et Lacrymales

OPHTALMOLOGISTE  
Maladies et chirurgie des yeux  
Chirurgie de la cataracte par phaco-émulsification, Chirurgie de la rétine, Laser argon, laser yag, Angiographie

le mardi 22 décembre 2020

Madame Shems Eddoha ZERRAI

- CORRECTOL collyre 0,1 % : fl 10 ml :  
Une goutte trois fois par jour dans les deux yeux pendant trois semaines.

