

# 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.

**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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0018906

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique **67254** ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5279** Société : \_\_\_\_\_

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : **BENDANNA. M. M.**

Date de naissance : **1949**

Adresse : **1 Rue AIN AGHBAL Hay SAHAM. CASA**

Tél. **0662555641** Total des frais engagés : **2629 DH**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Abdelaziz CHNANI Ophthalmologiste**  
14 Av. Kennedy Imm. An-nour 1er Etage  
S.A.R.L. - Tél/Fax : 0524.62.00.20

Date de consultation : **10 MARS 2021**

Nom et prénom du malade : **BENDANNA MOHAMMED** Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **OPHTALMO**

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) : \_\_\_\_\_


Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019



# 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
10 MARS 2021			2500DH	Dr Abdelaziz CHNANI Ophtalmologiste 14 Av. Kennedy Imm. Al-nour 1er Etage SAFI - Tel/Fax: 5524.62.00.20

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/03/21	2200,00 DH 179,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

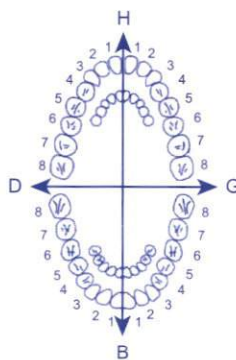
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
35533411	11433553																	
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS															
DATE DU DEVIS																		
DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Abdelaziz CHNANI

## Ophtalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgies des glaucomes - strabismes - paupières - voies lacrymales

Lentilles de contact

Angiographie numérisée - Laser - OCT

Echographie

Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie

Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux



# الدكتور عبد العزيز الشناني

اختصاصي في طب وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

طب وجراحة المياه الزرقاء - الحول

العدسات اللاصقة

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

الفحص بالصدى

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

أسفي في 10/03/2021

MR BENDANNA Mohammed

OPTIVE FUSION COLLYRE

1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois



Dr. Abdelaziz CHNANI  
Ophtalmologiste

14 Av. Kennedy Imm. An-nour 1er Etage  
SAFI - Tél/Fax : 0524.62.00.20

# optive **FUSION™** **UD (Unidose)**

PPC : 179,00 Dhs

*Sans conservateur*

فيوجن يرجى الإتصال بخدمة

Une composition unique pour une protection durable, plus de confort et un soulagement immédiat des symptômes de l'œil sec.

**Description**

OPTIVE FUSION™ UD est une solution stérile en récipient unidose, sans conservateur, qui contient de la carboxyméthylcellulose de sodium à 0,5%, du hyaluronate de sodium à 0,1%, de la glycérine à 1,0%, de l'érythritol, de la L-carnitine, du lactate de sodium, du chlorure de potassium, du chlorure de calcium dihydraté, du chlorure de magnésium hexahydraté et de l'eau purifiée.

OPTIVE FUSION™ UD est adapté à une utilisation postopératoire, notamment après une chirurgie réfractive Lasik, afin de soulager la sécheresse et la gêne oculaires induites par l'intervention.

OPTIVE FUSION™ UD est compatible avec le port de toutes les lentilles de contact.

**Mode d'emploi**

Instiller 1 ou 2 gouttes dans l'œil/les yeux en fonction des besoins.

**Précautions**

- Ne pas utiliser le produit si vous êtes allergique à l'un des composants.
- Ne pas avaler la solution.
- Pour éviter une contamination de la solution ou une éventuelle lésion de l'œil, ne pas mettre l'embout du récipient unidose en contact direct avec l'œil ou toute autre surface.
- Ne pas utiliser après la date de péremption indiquée sur le produit.
- Tenir hors de la portée des enfants.
- Conserver à température ambiante



# MEDICAL RABII OPTIC

OPTICIEN - OPTOMETRISTE

OUASSAL RABII

Diplômé de l'institut supérieur

d'Optométrie et de Médecine d'Optique

SAINT PETERSBURG



بصريات ربيع الطبية

اختصاصي في علم البصريات

و العدسة اللاصقة

واصل ربيع

خريج المعهد العالي لعلم البصريات

و الطب البصري

سان بيترسبورغ

N° 000622

## FACTURE

DATE : Le 16/03/2021 POUR LE :

NOM & PRÉNOM : BENDANA Mohammed

ADRESSE :

TÉL :

DÉSIGNATION		PRIX
MONTURE pour Homme		500,00
OD L	+0,50 (-1,00; 85°)	850,00
OG L	(-1,25; 115°)	850,00
SOUS TOTAL 1		2200,00
MONTURE		
OD P	ADD: +2,50	
OD P		
SOUS TOTAL 2		
TOTAL		2200,00

Ventes progressives  
organiques anti-reflet

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille deux cent cinquante

IMP: 115019671 Bd HASSAN II, N° 5, Imm. ZIRATEX Tél: 0612-083-497 / SAFI

ICE: 001649663000044

IF: 66601773

RC: 16438  
N° PIT: 46157578

**Dr. Abdelaziz CHNANI**

**Ophthalmologiste**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgies des glaucomes - strabismes - paupières - voies lacrymales

Lentilles de contact

Angiographie numérisée - Laser - OCT

Echographie

Membre de l'Association Française d'Ophthalmologie

Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux



**الدكتور عبد العزيز الشناني**

**اختصاصي في طب وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

طب وجراحة المياه الزرقاء - الحول

العدسات اللاصقة

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

الفحص بالصدى

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

أسفي في: 10/03/2021 Safi le

MR BENDANNA Mohammed

MONTURE + VERRES DE LUNETTES :

PROGRESSIFS ORGANIQUES ET ANTIREFLETS

Oeil Droit : +0,50 (-1,00) à 85°, Addition + 2,50

Oeil Gauche : (-1,25) à 115°, Addition + 2,50

Stamp: MEDICAL KAN: 07-03-2021

**Dr. Abdelaziz CHNANI**  
**Ophthalmologiste**

14 Av. Kennedy Imm. An-nour 1er Etage  
SAFI - Tél/Fax : 0524.62.00.20

14 شارع كينيدي عمارة النور الطابق الأول (بجانب فندق عبدة) - أسفي - الهاتف / الفاكس : 0524.62.00.20

14 Av. Kennedy Imm. AN-NOUR 1er Etage (à côté Hôtel Abda) - SAFI - Tél / Fax : 0524.62.00.20