

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.

tique :

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.

aladie 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.

Nº M21- 0018906

Optique 67254 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5279 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN DAWNA. MADI

Date de naissance : 1949

Adresse : 1 Rue AIN AGHLBAL Hay SALAM. CASA

Tél. 0662555641 Total des frais engagés : 2629 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdelaziz CHNANI
Ophtalmologiste

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

Date de consultation : 10 MARS 2021

Nom et prénom du malade : BEN DAWNA MOHAMMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

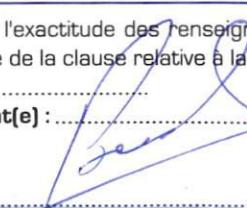
Nature de la maladie : OPHTALMO

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 : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10 MARS 2021 | | | 250DH | Dr. Abdelaziz CHNANI Ophtalmologiste 14 Av. Kennedy/Imm. Al-nour 1er Etage 64FI - Tel/Fax: 0524.62.00.20 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Docteur Abdelaziz CHNANI | 10/03/2021 | 2200,00 DH 179,00 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

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 |
| | | | | Coefficient des Travaux |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 - الحود

العدسات اللاصقة

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

الشخص بالصدى

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Safi le 10/03/2021.....أسفي في:

MR BENDANNA Mohammed

N°9, C

OPTIVE FUSION COLLYRE

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

3.7



Dr. Abdelaziz CHNANI
Ophthalmologiste

14 Av. Kennedy Imm. An-nour 1er Etage
SAFI - Tel/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

optive FUSION™ UD (Unidose)

Sans conservateur

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'erythritol, 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

فيوجن يرجى الإتصال بخدمة

MEDICAL RABII OPTIC

OPTICIEN - OPTOMETRISTE

OUASSAL RABII

Diplômé de l'institut supérieur
d'Optométrie & 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 بيتربورغ

Nº 000622

FACTURE

DATE : Le 16/03/2021 POUR LE :

NOM & PRÉNOM : BENDANA Mohammed

ADRESSE :

TEL :

| 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 |

Venes progressives
organiques Anti reflet

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

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

ICE: 001649663000044

IF: 66601773

RC: 16438
N° PTT: 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

Safi le 10/03/2021.....أسفي في:

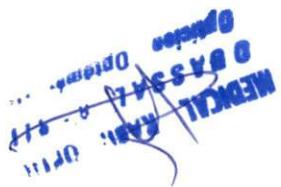
MR BENDANNE Mohammed

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



Dr. Abdelaziz CHNANI
Ophthalmologiste

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