

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.

rmacie :

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.

ique :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Satre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5669 Société : R.A.M (78205)
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : MEKKI BERRADA Lanmia
Date de naissance : 08/09/60
Adresse : 86, Rue Jules Ferry Aloussia Bourgogne CASA
Tél. : Total des frais engagés : 685,30 Dhs

Dr. Dalia SEDDISSI

Ophtalmologiste
84, Bd My. Driss Ter
741 05 22 88 06 06

INPE : 091033100

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/09/2021

Nom et prénom du malade : MEKKI BERRADA LANIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection des gencives de rapport

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) : N. Berrada

Le : 07/09/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/07/2011 | Ophtalmologie | 2 | 300 Dhs | <p style="text-align: center;">Ophtalmologue 84, Bd. My Driss 1er Tél. 05 22 86 06 06</p> <p style="text-align: right;">INPE : 091033100</p> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 07/07/2021 | 385,30 dt |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Doctor

de préciser la densité d'âges, l'âge pratique en indiquant la nature des seins.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------------|
| | H | | Coefficient des travaux |
| D | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | <input type="text"/> |
| B | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | <input type="text"/> |
| MONTANTS DES SOINS | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| DATE DU DEVIS | | | |

Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 07 juillet 2021

Mme MEKKI BERRADA LAMIA

99,00

HYE COLLYRE

1 goutte 4 à 5 fois par jour pdt 3 mois

PPC 99,00 dh

54,40

TOBRADEX : PDE

1 application / jour, le soir au coucher pdt 10 soirs

35,70

TOBRADEX COLLYRE

1 goutte x 4 par jour pdt 4 jours

1 goutte x 3 par jour pdt 4 jours

1 goutte x 2 par jour pdt 4 jours

1 goutte par jour pdt 4 jours

TOBRADEX®
POMMADÉ OPHTALMIQUE
3,5 G
Boîte de 1 tube
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N°: 455/18 DMP/21/NRQ



6 118001 070602
69020-4



159,00

BLEFARETTE

massage des paupières deux à trois fois par jour pdt 10 jours

37,20

FUCITHALMIC

1 goutte matin et soix 8 j

les deux yeux

385,30 dh

