

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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° W21-652326

83993

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10485

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NANI IDRISI DIAWAL ISNAI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.22.16.31.01

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR FOUD BOUNHAMA
OPHTHALMOLOGISTE
Bd. Ennil Bloc 29 N° 33
Sidi Othman - Casablanca
Tél : 05.22.57.17.17 / 05.22.56.17.17

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :

Date de consultation :

08 SEPT 2021

Nom et prénom du malade :

NANI IDRISI KNTAR Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ASTHENIE NOZ

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
09 SEPT 2021	e2		250 DH	091036186
				Docteur Fouad BOUGH
				OPHTALMOLOGISTE
				CC N°

Docteur Fouad BOUGHNA
OPHTALMOLOGISTE
N° 29 N° 83

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél : 05.22.57.17.11 Montant de la Facture
MACIE 18 22 N° 46 Av. su Casablanca - Tél.: 05 22 57 17 11 PC : 496033 - IF : 50113439 CE : 00273789000061	08-09-21	2 000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</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;">I</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	I	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
I	B																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

Docteur Fouad BOUGHNAMA

OPHTHALMOLOGISTE
Maladies & Chirurgie des yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

الدكتور فؤاد بوغنامة

إختصاصي في أمراض
و جراحة العيون

خريج كلية الطب
باريس



Casablanca, le البيضاء في

08/09/2021

Mademoiselle NANI IDRISI Kawtar

- CORRECTOL COLLYRE

1 goutte, 2 fois par jour, pendant 15 jours

2008

PHARMACIE IBNOU ZAHR EL ALLA
Bloc 22 N° 46 AV. du Nil Sidi Othmane
Casablanca - Tél.: 05 22 37 19 63
RC : 496033 - IF : 50113439
ICE : 00273780000057

Docteur Fouad BOUGHNAMA
OPHTHALMOLOGISTE
Bd. Ennil Bloc 29 N° 33
Sidi Othman - Casablanca
Tél. : 05.22.57.17.17 / 05.22.56.17.17

Bd. Ennil, Bloc 29 N° 33 Sidi Othman - Casablanca - Tél. : 05 22 57 17 17 / 05 22 56 17 17

CORRECTOL® 0,1%, collyre

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

CORRECTOL 0,1 %, collyre

b) COMPOSITION

Inosine phosphate disodique dihydraté..... 0,1g

Excipients : gluconate de chlorhexidine, chlorure
de sodium, eau purifiée q.s.p 100ml

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Collyre, flacon compte-gouttes de 10 ml

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

AUTRES MEDICAMENTS OPHTALMOLOGIQUES

(S : Organes sensoriels)

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

(INDICATIONS THERAPEUTIQUES)

Traitement d'appoint des troubles de la vision binoculaire et de la rééducation.

3. ATTENTION !

a) DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

(CONTRE-INDICATIONS)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans la situation suivante :

- Antécédents d'allergie à l'un des constituants du collyre.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

b) MISES EN GARDE SPECIALES

Ne pas injecter, ne pas avaler.

20,00

c) PRECAUTIONS D'EMPLOI

En cas de traitement concomitant par un autre collyre, espacer de 15 minutes les instillations.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

d) INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

L'efficacité d'un collyre peut être affectée par l'instillation simultanée d'un autre collyre. Dans ce cas, il convient d'attendre 15 minutes avant de pratiquer la deuxième instillation.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

e) GROSSESSE - ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient, au cours de la grossesse et de l'allaitement,