

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 canaux, 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 canaux.

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 IDRISS I NOULAY ISMAIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0622163101 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Docteur Fouad BOUGHNAMA
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Ennil Bloc 29 N° 33
Sidi Othman - Casablanca
Tél : 05.22.57.17.17 / 05.22.50.17.17

Date de consultation : 08 SEPT 2021

Nom et prénom du malade : NANI IDRISS I NOULAY ISMAIL

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : ASTHME

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

[illegible]

Docteur Fouad BOUGHNAM
OPHTALMOLOGISTE

Bd. Ennii Bloc 29 N° 83

ES Sidi Othman - Canabianca

Tél : 05.22.57.17.17 / 05.22.56.17.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél : 05.22.57.17.17 / 05.22 Montant de la Facture
	02.09.21	2000

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	
---	--

[illegible]

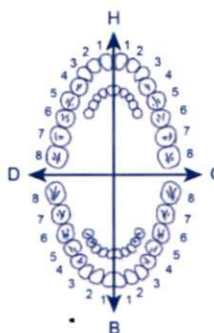
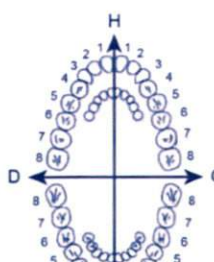
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	IM	IV	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
				MONTANTS DES SOINS 	
				DEBUT D'EXECUTION 	
				FIN D'EXECUTION 	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G ————— 00000000 11433553 B </div> </div>				MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					DATE DU DEVIS

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 l'ODF.

INP: | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two side piers labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The bridge is supported by a series of numbered piers (1 through 8) arranged in a semi-circle on each side of the central pier. The piers are numbered 1 to 8 from the center outwards. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by 16 piers. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the center and moving outwards. A vertical line labeled 'H' passes through the center of the arch. A horizontal line labeled 'D' and 'C' passes through the base of the bridge.

Docteur Fouad BOUGHNAMA

OPHTALMOLOGISTE

Maladies & Chirurgie des yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris



الدكتور فؤاد بوغنامة

إختصاصي في أمراض
و جراحة العيون

خريج كلية الطب
بباريس

Casablanca, le البيضاء في

08/09/2021

Mademoiselle NANI IDRISSE Kawtar



- CORRECTOL COLLYRE

1 goutte, 2 fois par jour, pendant 15 jours

Signature

PHARMACIE IBNOU ZAHR EL ALIA
Bloc 22 N° 46 Av. el Nil Sidi Othmane
Casablanca - Tél.: 05 22 37 19 63
RC : 496033 - IF : 50113439
ICE : 00273788000067

Docteur Fouad BOUGHNAMA
OPHTALMOLOGISTE
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 100 ml

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.
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.

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,

20,00