

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR IVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Généralités :**

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- 0020934

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 8371 Société : (86385)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Touhami MOHAMED

Date de naissance :

12/02/1951

Adresse :

RÉS. RAM. N° 400 Rte El Jadida.  
IHM6 ALPT 601 CASA

Tél. :

0661 834458

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Dr. ZIDI Mohamed  
Ophtalmologue  
25, Route des Facultés EN  
Etappymer Oasis Casablanca

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : + Touhami MOHAMED Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

effet oculaire

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 : Casablanca

Le : 08/09/2021

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
08/09/21	Cst + g	gusta		<i>[Handwritten signatures and initials over the table]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE 15190 Dr. R. Hassas 022 93 28 10</i>		

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

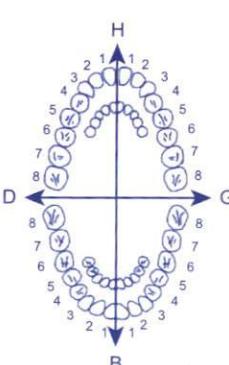
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan

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

# CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



# مصححة النور للغة الإنجليزية

08 septembre 2021

Mr. TOUHAMI Mohamed

30,10

## MAXIDROL: COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour pdt 7 jrs  
1 goutte 3 fois par jour pdt 7 jrs  
puis arrêt à ne pas renouveler sans avis médical, dans les deux yeux

۱۶۵

**HYE UNIDOSE**

~~HYE UNIDOSE~~ 1 gttte 6 fois /jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Barcode: 6 118001 070398

Laboratoires Sotherna Bouskoura  
Maxidrol collyre, 5 ml  
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV  
PPV : 30,10 DHS

406994

178/13



25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)  
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél.: 05 22 23 49 89 | G - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 0

E-mail : cliniquehouari@gmail.com - INPE : 090000914  
Patente : 36350533 - LE : 40143077 - CNSS : 8282723

Patente : 36350533 - I.P. :  
I.C.E : 001685653000087

I.C.E. : 001685652000087  
AttijariWafaBank - Agence

التجاري وفا بنك: وكالة محج 2 مارس - التعریف الیکی : 007 780 000122700000605 67 - Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67

٢٥، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقاً)  
تحفة كنيف - الرايس - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 23 49 89 - الفاكس : 05 22 23 49 87

الطب الاكاديمي - 090060914 : cliniquenour01@gmail.com

ایمیل: [emraouy1@gmail.com](mailto:emraouy1@gmail.com) | تلفن: +212 524 8282733

001685652000087 - ٦٢٣

م.م.س : ٠٠١٦٨٥٦٥٤٠٠٠٨