

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

## tions 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.

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2759 Société : gosty

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hilin Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0665805655 Total des frais engagés : 3600,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

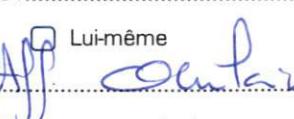
Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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 : 26/10/2021

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
26/01/2011	CHIR	2	10000	ARDOUZY

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

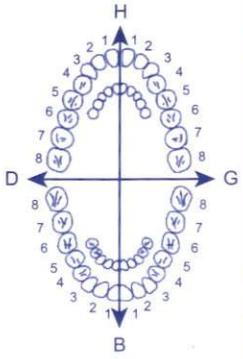
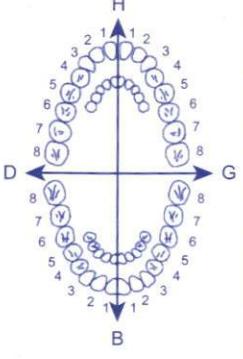
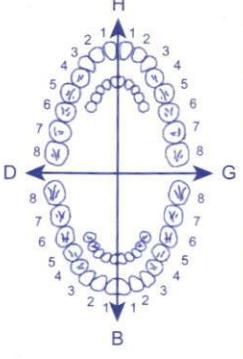
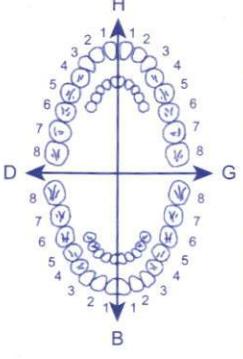
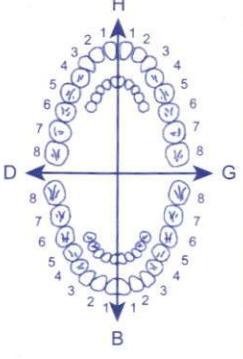
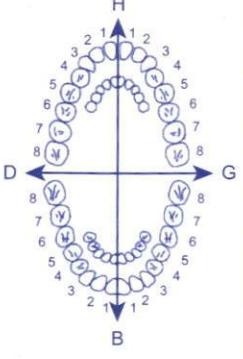
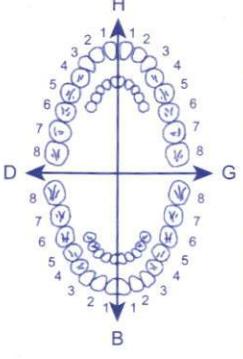
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Optique Mille Pôles & Opticien N°425 Centre Ville Casablanca	30/01/2011					3600

### 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**



# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture :

0012148

Date : 30/10/2021

Mr : H. LIM FATIMA

Docteur : A. ZAHOURY

Type des verres: D.R.M. 10. M.N. RLE.6

Monture : OPTIQUE

60.00

Vision de Loin :

OD Axe 90° cyl -0.50 sph +2.00 16.00

OG Axe 50° cyl -0.50 sph +2.00 16.00

Vision de Près :

OD Axe 90° cyl -0.50 sph +3.00

OG Axe 50° cyl -0.50 sph +1.50

Add :

Montant : 36.00

Trois mille six cent dinars

N° 425 Centre Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 00183400001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P / 023451 - Patante : 30057211

Optique 1000%  
Optométriste & Opticien  
N° 425 Centre Ville Bd Anglais  
Casablanca



**Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact**



69630

Casablanca le : .....  
**26 octobre 2021**

**HLIM Fatima**

**Monture + verres correcteurs progressifs  
PHOTO GRIS**

**VL : OD = + 0.25 (- 0.50 à 90°)**

**OG = + 0.50 (- 0.50 à 50°)**

**VP : ODG = Add : + 3.00**

*Dr A. ZARDOUDY  
Ophthalmologiste  
Ophtalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons - Casablanca - Tél. 0522.25.71.71 - Fax. 0522.25.71.15*

*Optique Mille Pour Cent  
Optométriste & Opticien  
N° 425 Centre - Ville Bd. Anglais  
.Casablanca.*

**Urgence 24/24**