

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

Informations 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,

extra-grosses 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.

Education :

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.

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- 0034605

96042

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00577 Société :

Actif

Pensionné(é)

Autre :

Nom & Prénom :

ATIF ALI

Date de naissance :

1939

Adresse :

HAY MED BELHASSAN au bas Rue 70
N° 15 CASA

Tél. 0662 856995

Total des frais engagés : 469,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SADIK ET AHRA Age : 74

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alzheimer

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 : 13/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

MS

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

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
01/12/21	CH			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE - HOPITAL DE LA SAINTE ANNE	01/12/21	46940

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														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">H</td> <td style="width: 25%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">G</td> <td style="width: 25%;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>				<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">H</td> <td style="width: 25%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">G</td> <td style="width: 25%;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	G	B	00000000	00000000	35533411	11433553
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">H</td> <td style="width: 25%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">G</td> <td style="width: 25%;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	G	B	00000000	00000000	35533411	11433553				
H	21433552																
25533412	00000000																
00000000	00000000																
G	B																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																	
MONTANTS DES SOINS																	
DEBUT D'EXECUTION																	
FIN D'EXECUTION																	
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																	
MONTANTS DES SOINS																	
DATE DU DEVIS																	

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



لaser العيون
لaser البيناء

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

ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca le : 01.12.21

CONCERNANT M^e E.SADIS - ZOUIRA

PHYLARM

1 rin le matin et le soir

TOBRADEX 2FLACONS

1 gtte 4 fois par jour pdt 15 j

1 gtte 3 fois par jour pdt 5 j

1 gtte 2 fois par jour pdt 5 j

1 gtte 1 fois par jour pdt 5 j

INDOCOLLYRE 2FLACONS

1 gtte 4 fois par jour

EXOCINE (COLLYRE) 2FLACONS

1 gtte 4 fois par jour

MAXIDROL (POMMADE) 1TUBE

1 app le soir

COMPRESSE OPHTALMO STERILES AUTO-ADHESIVES

UBIPROX 500

1 comprimé 2fois par jour pdt 5jours

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél : 0522.25.71.71 - Fax : 0522.25.11.15

Traitement œil , traitement d'un mois
Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occa.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057



PPV: 40DH40

flacon de 5 ml

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

INDOCOLLYRE 0.1% H7023
Collyre 5ml FAB/ fab
ZENITH PHARMA EXP/ exp
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM 08-2022
6118001270088 PPV: 58.00 DHS

INDOCOLLYRE 0.1% H7419
Collyre 5ml FAB/ fab
ZENITH PHARMA EXP/ exp
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM 11-2022
6118001270088 PPV: 58.00 DHS

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS

406805

لotion وغلوستن
lot: MO615
per: 09/2023
PPU: 52,80 DH
عن طلاقه جوی واسه ال

PPV: 40DH40

Flacon de 5 ml

Objets très prudents
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé
NIVEAU 2

EXOCINE® 0.3%
Collyre en solution, flacon de 5 ml
6 118001 251216

6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0.3/0.1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boite de 1 flacon.
PPV : 35,70 DHS

406835 MA

6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boite de 1 flacon.
PPV : 35,70 DHS

406834 MA

10 COMPRESSES OCULAIRES
ADHÉSIVES - ADULTE