

# 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.

## 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.

## 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.

## Maladie chronique :

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° M21- 0052986

103189

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2761 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TANANI BOUCHAIB

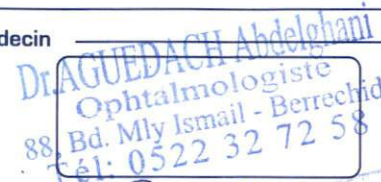
Date de naissance : 01.01.1955

Adresse : COOP ECHAR N° 14 BERRCHID

Tél. : 0697750362 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07.02.2022

Nom et prénom du malade : TANANI BOUCHAIB

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : 09 / 02 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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
08/01/22		12	12000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

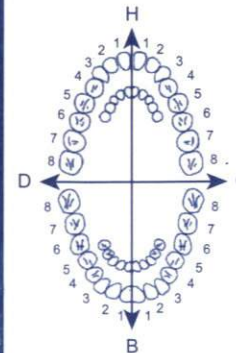
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D

00000000 00000000

35533411 11433553

G

B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

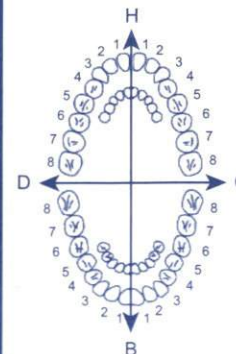
MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelghani AGUEDACH

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ancien Médecin des Hôpitaux Militaire

Angiographie - Laser  
Strabisme  
Lentille de Contact  
Microchirurgie



الدكتور محمد الغني أگداش

طب العيون

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
طبيب سابقا بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية  
علاج بالليزر  
الحول، العدسات اللاصقة  
الجراحة بالمجهر

Berrechid

برشيد، في

OPTIMINE  
KARIM EDDINE ADIL  
Opticien - Optométriste  
5, Lot Issam, Bd Hassan II - Berrechid  
Tél.: 022 32 32 01 - Fax: 022 32 77 77

TAWANI  
Wit

*Handwritten signature*

*Handwritten: 15. 15. 15 - 3 - 15*

*Handwritten: 15. 15. 15 - 3 - 15*

Dr. AGUEDACH Abdelghani  
Ophthalmologiste  
88, Bd. Mly Ismail - Berrechid  
Tél: 0522 32 72 58

# OPTIDINE

5, Lot Essafi Bd. Hassan II  
Berrechid  
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 08/02/2022

Client	Mlle TANANI WIAM
--------	------------------

FACTURE N° 169 / 2022

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	600,00	600,00
2	VERRES INCASSABLES BLANCS +ANTI REFLET	450,00	900,00
			1 500,00

INPE 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **MILLE CINQ CENT DIRHAMS**

