

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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.



**Déclaration de Maladie**  
**Nº P19- 057793**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **1975**

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **AFKIR LAHCEN**

Date de naissance : **1949/01/01**

Adresse : **Sidi**

Tél. **0666388098**

Total des frais engagés :

Dhs

**105851**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **31 JAN 2022**

Nom et prénom du malade : **AFKIR LAHCEN**

Age: **73 ans**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Affection canalaire**

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 : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) :

**Thérèse**

## **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
1 JAN 2022	CS		250,00 DT	Dr REGRAGUI M'hamed Ophtalmologue 100 Béni Hssaine 1er au dessus de la P.M. Marie Mbrouka Tel: 0522 561 866

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/01/2022	244,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D   G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
D				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Wafaa REGRAGUI

## SPÉCIALISTE EN MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX



Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca

Diplôme de maladies inflammatoires et infectieuses  
de l'université de Paris VII

Ex. médecin ophtalmologiste à Hôpital du 20 août

Ex. médecin ophtalmologiste à Hôpital Sidi Othmane

Ex. médecin ophtalmologiste à Polyclinique CNSS

Chirurgie de cataracte - Glaucome - strabisme

Lentilles e contract - Maladies de la rétine

الدكتورة وفاء رگراڭي  
طبيبة اختصاصية  
في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

دبلوم في تعففات والتهابات العين من جامعة باريس VII

طبيبة العيون سابقة بمستشفى 20 غشت

طبيبة العيون سابقة بمستشفى مولاي رشيد

طبيبة العيون سابقة بمصحة الضمان الاجتماعي

جراحة الحالة - ضغط العين - طب الحال

مسالك الدموع - العدسات الاصنف - أمراض الشبكية

لاتغير ل التاريخ الفحص

Casablanca, le 31 janvier 2022.....

Mr. AFKIR Lahcen

140.00



1/ VIRGAN: pde

1 application 5 fois / jour, dans l'œil gauche  
44.40

2/ CELUVISC UNIDOSE

1 goutte 4 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

3/ ICOMB: COLLYRE

1 goutte x 2/j, dans l'œil gauche à commencer 24h apres VIRGAN, pendant  
15 jours

3000 WAFAA  
Dr. REGRAGUI WAFAA  
Ophtalmologue  
1er étage  
Boulevard Anoual  
Sidi Othmane

Dr REGRAGUI WAFAA  
Ophtalmologue  
180 Bd Anoual Sidi Othmane 1er étage  
Au dessus de la pharmacie Mabrouka  
Tél: 0522 561 866

05 22 56 18 66 ، شارع أنوال - الطابق الأول - سيدى عثمان (فوق صيدلية مبروكه) - الهاتف:

180, Boulevard Anoual - 1er Etage - Sidi Othmane (au dessus de la pharmacie mabrouka) - Tél: 05 22 56 18 66



Icomb®  
Lot: H 0132  
Fab: 08 21  
Exp: 08 23  
**PPV: 30 DH 30**

Lot 480507  
QR fab  
02/2021  
EXP  
01/2024



VIRGAN 1,5 mg/g - Gel ophthalmique - Tube de 5 g  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI - PPV : 140 DH