

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

itions 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.

rmacie :

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.

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 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° P19-0006864

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2437 Société :

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : BEN DAOUD Date de naissance : 21/10/71/1958

Adresse : Rue 56 2 n° 1 ELBERKAI

Tél. : 06.66.12.18.80 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/10/2019

Nom et prénom du malade : BEN DAOUD ELBERKAI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

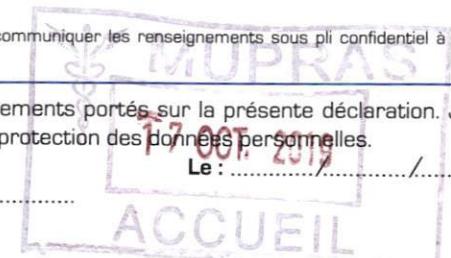
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : /

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
08/10/19	C		3000DH	
	3			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. LAOUISST Nadia Professeur en Optalmologie Sise à 76 Boulevard Adelmoumen Bab Ezzouar - Tunisie - 10622 Tél: 03-22-32-393	08/10/19	1013,00 DH

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H D B G				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H D B G	21433552 00000000 00000000 11433553			
		25533412 00000000 35533411			
		00000000 00000000			
		00000000 35533411			
DATE DU DEVIS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie

Maladies et Chirurgie des Yeux

Ex Professeur à la Faculté de Médecine

et de Pharmacie de CASABLANCA

EX Attachée au CHU de Nantes (France)

Microchirurgie de l'Oeil

Strabisme - Phacoemulsification

Angiographie - Laser - Lentilles de contact

Chirurgie Réfractive

Agrée en Médecine Aero spatiale

الأستاده لعويسى . ن

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

ملحقة سابقاً بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة المول

Casablanca, le :

8-10-019

EY

Bekber

~~147,50 + ⑥~~
~~885,00~~

- Alpha gon ⑤

SV

128,00

ME x 21 264

- Hypoth U

⑤

T = 1013°, 181 x 31x

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
Sise à T6 Boulevard Abdelloumene
Résidence Koutoubia
Casablanca - Téléx : 05-22-99-46-00

76, Bd. Abdelmoumen - Résidence Koutoubia, 1^{ère} Etage - Casablanca

Tél. : 05 22 99 00 00 - 05 22 99 00 15

U.D® های فریش

٣٠% هيدلورونات الصوديوم



مرطب للعين طويل الأمد
20 جرعة مفردة 0,45 مل معقمة.



جمجم فارما
Jamjoom Pharma

خالي من المواد الحافظة



PPC : 128 DH 00



B.N. VG0334

EXP. 08 2020

Certificat N°2578 /1645/2017/DMP/20/DM
Date: 15/06/2017

ALERGAN



PPV: 147H50
Brimonidine
0.2%

Fiole de 5 ml

Lot n°:
Fab:
EXP:



ALERGAN



PPV: 147H50
Brimonidine
0.2%

Fiole de 5 ml

Lot n°:
Fab:
EXP:



ALERGAN



PPV: 147H50
Brimonidine
0.2%

Fiole de 5 ml

Lot n°:
Fab:
EXP:



ALERGAN



PPV: 147H50
Brimonidine
0.2%

Fiole de 5 ml

Lot n°:
Fab:
EXP:



ALERGAN



PPV: 147H50
Brimonidine
0.2%

Fiole de 5 ml

Lot n°:
Fab:
EXP:



ALERGAN



PPV: 147H50
Brimonidine
0.2%

Fiole de 5 ml

Lot n°:
Fab:
EXP:

