

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.

adiologie 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.

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.

adie 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- 0040367

Maladie

Dentaire

N.D.

12267

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10915*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL GUERGAT KAMAL

Date de naissance :

Adresse :

066.811.9497

Total des frais engagés : Dhs

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 :

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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.

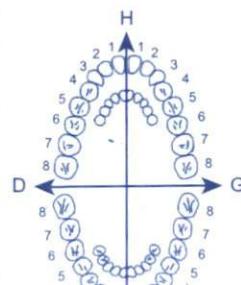
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

1

1

1

1

1

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de |
|--|----------------|--|---|-------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | |
| | D | H 25533412 00000000 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 00000000 11433553 | | |
| | | (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| VOLET ADHERENT | | NOM : | | Mle | |
| DECLARATION N° | | W17-119973 | | | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | | | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois | | | | | |
| Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | | | |



W17-119973

DATE DE DEPOT

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 10975

Nom & Prénom EL GUERGAAI KAMAL

Fonction Rep. DAICITA Phone... 0668717488

Mail Kolguergaaikamal@royalairmaroc.com

MEDECIN Prénom du patient EL GUERGAAI DAICITA

Adherent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie

Date 1ère visite

verso de la recette

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

| | | |
|------------------|---------------------|---------------------------------|
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| C5 | / | 2500 |

PHARMACIE Date 27.11.2019

Montant de la facture

1590,00 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

| | |
|------------------------------|---------------------------------|
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires |
| | |

AUXiliaires MEDICAUX Date :

| | | | | |
|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| AM | PC | IM | IV | |

Doctor Khadija El Ammari

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux



الدكتورة خديجة الهمار

أخصائية في طب وجراحة العيون

- Diplômée de l'Université de Médecine et de Pharmacie de Monastir (Tunisie)
- Ancienne chef de service d'Ophtalmologie à l'hôpital Antaki Marrakech
- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

• خريجة كلية الطب والصيدلة بمانستير (تونس)

• رئيسة سابقاً بمصلحة العيون بمستشفى الأنطاكى مراكش

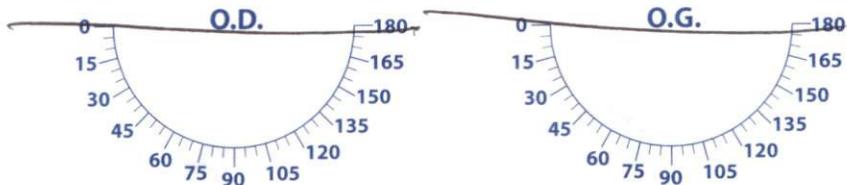
• عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

Marrakech le مراكش، في

05 NOV 2018

VERRES CORRECTEURS

de M. EL Aouad Jaouad
Marrakech 2018



Vision de Loin

O.D.
O.G.

| SPHER | CYLINDRE | AXE |
|-------|----------|------|
| -1,00 | -2,25 | 180° |
| plus | -1,75 | 180° |

Ecart pupillaire :

Vision de Près

O.D.
O.G.

| SPHER | CYLINDRE | AXE |
|-------|----------|-----|
| | | |
| | | |

Ecart pupillaire :



إقامة جواد عمارة ب، الشقة 67، شارع عبد الكريم الخطابي، مراكش

Rés. Jaouad, Imm. B, App. 67, Av. Abdelkrim EL Khatabi, Marrakech

Tél. : 05 24 43 22 44 - ke.cabinet.opht@gmail.com - INPE : 071083125

WREDE et Cie.
OPTICIEN

142, Av. Mohamed V
Tél.: 05 24 43 57 39
Fax : 05 24 43 57 40
wrede_1@menara.ma
Marrakech

C.N.S.S 1865908
C.C.P. 2649
R.C. 8487
Patente 45101 705
Id. F. 06502081

B.L.F.

Nº 28883

فريدي

142، شارع محمد الخامس
مراكش
الهاتف.. 05 24 43 57 39.
الفاكس: 05 24 43 57 40

Le 8 Novembre 19

M. ZH EL GUERGATTI - N° Tahar Doit

| Qté | DESIGNATION | P. U. | TOTAL |
|-----|--|-------|--------|
| 1 | Monture | | 150.- |
| | Glass orange duh-uhli | | 840.- |
| | Monture 150 et 487a | | 1590,- |
| | Monture en verre de verre du 1200.00 inclus | | |

WREDE et CIE S.A.R.L

OPTICIEN OPTOMETRISTE

142, Av Mohamed V Marrakech

Tél: 0524 435 733 I.C.E: 001680555000063