

# 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.

## Radiologie 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.

## Dentaire :

- 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- 0040367

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10915 Société : N°D. 12267

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GUERGAF KAMAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0668 11 9498 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

### 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

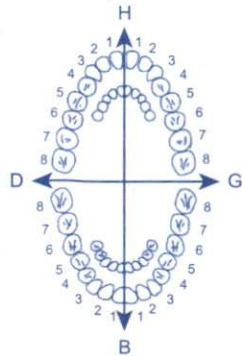
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 l'OD

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS		
				DATE DU DEVIS	



# 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 travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	H 25533412      21433552 D 00000000      00000000 00000000      00000000 35533411      11433553      G			Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction)			Date du devis
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W17-119973	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> 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...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 10975
Nom & Prénom EL GUERGAAI KAMAL		
Fonction : Rep. DA KH LA	Phones 066 8772488	
Mail kgguergaai@royalairmaroc.ma		
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient EL GUERGAAI ROCHTAHA
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age .....		Date 05 NOV 2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite
vice de bicuspidisme S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS	1	2700
<b>PHARMACIE</b>		Date 27/11/2019
Montant de la facture		1590, n ouy
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date : .....		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. Kamel EL ANASSARI  
 Spécialiste en Maladies et Chirurgie des Yeux  
 14 Av. Mohammed VI, Marrakech  
 Tel: 0524 465 739 / 05 24 43 22 44  
 OPHTALMOLOGISTE  
 WEDEF AT CIE S.A.R.L.

# Docteur Khadija El Ammari

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

- 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

## الدكتورة خديجة العماري

أخصائية في طب وجراحة العيون

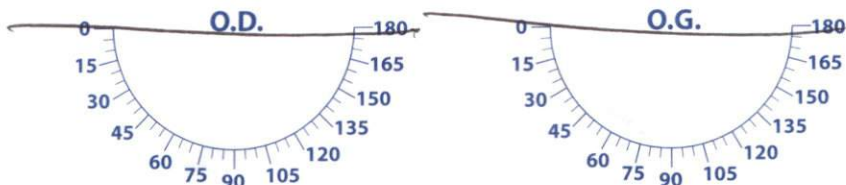
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالمنستير (تونس)
- رئيسة سابقا بمصلحة العيون بمستشفى الأنطاكي مراكش
- عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

Marrakech le ..... مراكش، في

### VERRES CORRECTEURS

de M

Dr. Khadija El Ammari  
M. El Ammari Dr. Khadija El Ammari



Vision de Loin

O.D.

O.G.

SPHER	CYLINDRE	AXE
-1,00	-2,25	180°
plus	-1,25	180°
Ecart pupillaire :		

Vision de Prés

O.D.

O.G.

SPHER	CYLINDRE	AXE
Ecart pupillaire :		

WREDE et CIE S.A. OPTICIEN OPTOMETRISTE  
142. Av. Mohamed VI - Marrakech  
Tél: 0524 435 735 - 0524 435 736 - 0524 435 737

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 45101705

Id. F. 06502081

B.L.F.

قريدي

142، شارع محمد الخامس

مراكش

الهاتف: 05 24 43 57 39

الفاكس: 05 24 43 57 40

N° 28883

Le 8 November 2019

M. EL GUERGAT N. Tahar Doit

Qté	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
1	Monture		150.-
			840.-
	ling. optique droit-vif		1590.-
	monture 45 et 407a		
	Monture en cer. double vision		
	de 100 et 100 incluse		
WREDE et CIE S.A.R.L			
OPTICIEN OPTOMETRISTE			
142 Av. Mohamed V Marrakech			
Tél: 0524 435 731 CE: 001680555000063			