

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.

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.

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- 061716

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : R. A. 17

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KRATI SAID 13.09.1959

Date de naissance : 5 rue elhendoud Hay Jank2 Fe

Adresse :

Tél. 06 14 31 75 90 Total des frais engagés : 998,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 5/04/2021

Nom et prénom du malade : KRATI Amina Age : 16

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Anémie

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
05/04/21	CS		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/4/2021	148,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

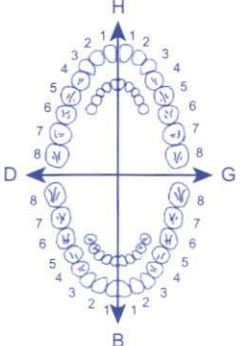
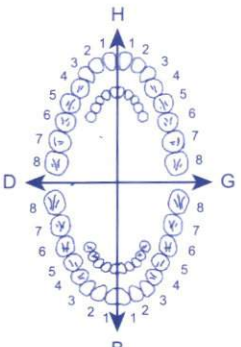
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	15/04/21					700,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR OUSSAMA TAZI

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse - France

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Diplômé de l'European Board of Ophthalmology

Diplômé en ophtalmologie pédiatrique - Paris - France

Diplôme universitaire en strabologie - Nantes - France

Diplômé en chirurgie de la cataracte et de la myopie au laser



الدكتور أسامة التازي
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

طبيب سابق بمستشفيات باريس

دبلوم المجلس الأوروبي لطب وجراحة العيون

دبلوم أمراض حول العيون من جامعة نانت - فرنسا

دبلوم أمراض وجراحة العيون عند الأطفال من باريس - فرنسا

دبلوم جراحة الجلالة وتصحيح البصر بالليزر

Fes, le lundi 5 avril 2021

Enfant KRATI Amine

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

DE LOIN ANTI-REFLET

Oeil Droit : (15° -2,50) -2,75

Oeil Gauche : (165° -1,75) -2,75

STE AMRATI OPTIQUE
Opticien - Optométriste
Siège Social Route Ain Chkel Residence
Mafella - Fes / Tel: 05 35 64 40 52

22.62
Maxichol

x31

26.65
Taher

48.80



15j = 3 sem.



10j

72, Angle rue Zerkouni (ex. Cuny) et rue Slaoui, 3^{ème} étage - Fès

Tél: 05 35 65 25 25

www.taziOphtalmo.com



**ARMATI
OPTIQUE**

REDA EL ACHABI

Opticien - Optométriste

Route ain chkef principale

A cote de café Megador, Fès

Fix. : +212 535 644 052

Le : 15/04/2021

Nom :

Krati Amine

FACTURE

ICE : 002188538000031

INPE : 145022018

OD=	-2,75 (-2,50 à 15°)
Loin	
OG=	-2,75 (-1,75 à 165°)
OD=	
Près	
OG=	
FOURNITURES	Montant :
Monture : optique	30200
Verre : organique P.R	40200
TOTAL :	70200

Arrêtée la présente facture à la somme de :

sept cent DHS. espèces

T.V.A 20% comprise

STE ARMATI OPTIQUE
Opticien - Optométriste
5444 Socale Route Ain Chkef Residence
Fès - Fes / Tél. 05 35 64 40 52



Patente: 13001455

RC: 59601

IF: 37549863

LOT 201883

EXP 07 2023

PPV 26 40

26,40



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION

NE PAS AVALER

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine
Alcon®

TOBREX® 0,3 %
Collyre 5 ml


Remboursable AMO



6 118000 020417

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine

Alcon®



06 2023

0HSP 1A

Exp :

Lot :

889211 MA

MAXIDROL®
POMMADE OPHTALMIQUE

Alcon®

a Novartis company

MAXIDROL®

POMMADE OPHTALMIQUE

LABORATOIRES ALCON

4, rue Henri Sainte-Claire Deville

F-92563 RUEIL-MALMAISON

CEDEX

Fabrique par

ALCON CUSI, S.A.

E-08320 El Masnou-Barcelona

6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS



406805

