

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

Sons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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.

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.

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.

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.

ND : 32079

SN

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1359 Société :

 Actif **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom & Prénom : ATECHI HOUAR BOUAZZA

Date de naissance : 1949

Adresse : RJD AÏRA NEB HAY ESSADA EUN

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 AOUT 2020

Nom et prénom du malade : ATECHI HOUAR BOUAZZA Age: 66

Lien de parenté :

 Conjointe **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) :

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
1/1/2020	G + F.0		300.00	DR. MOHAMED FADEL INFERMIER LOGISTE TEL: 0528993130

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MASRI N°33 Av. Mly Issmail Sétif - Laâyoune tel: 05 28 99 66 66	19/12/2020	1500 DT 64,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
ATLANTIC SUD OPTIC Opticien Optométriste 1 Avenue, 24 Novembre Bouyoune 37.11	20/10/2020					30000,00

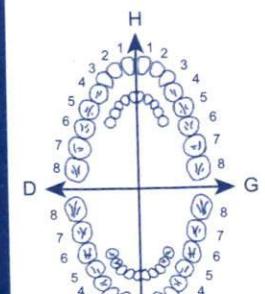
BELLEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412 21433552 00000000 00000000
	00000000 00000000 35533411 11433553

(Création, remont, adjonction)

ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

Docteur Charafddine Mohamed Fadel
Ophtalmologiste
Ancien médecin CHU de Séville-Espagne
Diplômé de la faculté de médecine
Séville-Espagne



دكتور شرف الدين محمد فاضل
لأخصائي في طب وجراحة العيون
طبيب سابق
بالمستشفى الجامعي باشبيلية إسبانيا
خريج كلية الطب إشبيلية إسبانيا

Laâyoune 02/02/2020 العيون في

Dr. CHARAFDDINE Mohamed Fadel
OPHTHALMOLOGISTE
INPE: 021174255
TÉL: 0528993130 LAAYOUNE

VL

OD : + 2,50

OC : 42,50 (-0,5, 85⁻²)

VR + 2,50

Antiglare
Dr. CHARAFDDINE Mohamed Fadel
OPHTHALMOLOGISTE
INPE: 021174255
TÉL: 0528993130 LAAYOUNE

RDV :

Date de première ouverture /
تاريخ افتتاح المرة الأولى من



Posologie:
الجرعة:

Docteur Charafddine Mohamed Fadel
Ophtalmologiste
Ancien médecin CHU de Séville-Espagne
Diplômé de la faculté de médecine
Séville-Espagne



دكتور شرف الدين محمد فاضل
اختصاصي في طب و جراحة العيون
طبيب سابق
بالمستشفى الجامعي باشبيلية-إسبانيا
خريج كلية الطب إشبيلية-إسبانيا

Laâyoune; à: ١٢/٣/٢٠٢٣ العيون

DOCTEUR CHARAFDDINE Mohamed Fadel
OPHTHALMOLOGISTE
INPE: 021174255
TEL: 0528993130 LAAYOUNE

Dramen F. o

~~~~~

Fluence de signes de

MéningoPathie diabétique

DOCTEUR CHARAFDDINE Mohamed Fadel  
OPHTHALMOLOGISTE  
INPE: 021174255  
TEL: 0528993130 LAAYOUNE

RDV : ..... الموعود



## SLIMANE OPTIQUE

### BON DE COMMANDE N° 1034

---

Date Reçu : 18/02/2020

Nom : ZERGUI

Prénom : ZEHRA

Total : 600,00

Avance : 500,00

Reste : 100,00

Date de livraison : Jeudi 20 Février 2020

---

NR 86 AV 24 NOVEMBRE HAY SAADA LAAYOUNE  
Tél : 05.28.99.26.00 Email : Slimaneoptique@gmail.com

# ATLANTIC SUD OPTIC

Identifiant commun de l'entreprise : 002249574000089

Identification fiscal : 37554715

Identification a la taxe Professionnelle : 77304610

N° Registre de Commerce : 27889

INPE : 095011342

## FACTURE NUMER 268 / 2020

LAAYOUNE LE 27 / 02 / 2020

Nom de bénéficiaire : ZAHRA ZARGUIT

MONTURE: MEDICAL

600.00 DHS

VERRES : PROG OR PHX AR 1.6

2400.00 DHS

TOTAL

3000.00 DHS

Arrêter la présente facture à la somme de :(TROIS MILLES DIRHAMS)

Mode de paiement : ESPECES



Av 24 Novembre N° 87 Hay ESSAADA Laayoune Tel. 0696753711