

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

litions 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.

cique :

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9267 (9267) Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAKAIL SAID

Date de naissance : 01-01 - 1962

Adresse : JAMILA 5 RUE 164 N° 69 CD

CASA

Tél. : 0666034548 Total des frais engagés : 3100,00 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) :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					MONTANT DES SOINS
					DÉBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
	Détermination du coefficient masticatoire				MONTANT DES SOINS
	D 25533412 00000000 35533411	H 21433552 00000000 11433553	G		DATE DU DEVIS
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				FIN DE
<i>VISA et cachet du patient attestant le devis</i>		<i>VISA et cachet du praticien attestant l'exécution</i>			
VOLET ADHERENT		NOM : _____		Mme	
DECLARATION N°		W18-147368			
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					



W18-147368

DATE DE DEPOT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 09267
Nom & Prénom BAKHAID SAID		
Fonction :	Phones 0666034548	
Mail Said.bakhaid@gmail.com		
MEDECIN	Prénom du patient Bakhaid ANAS	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date 15-7-20	
Nature de la maladie		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		CS+FO 380
PHARMACIE Date		
Montant de la facture		
Signature et cachet du Pharmacien		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires
AUXILIAIRES MEDICAUX Date 23/07/2020		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM IV
Montage optique		
Vetres optiques		
Organique AR	Φ 65	2800,-

EL FAKIR OPTICIEN
OPTICIAN EXPERT
Opticien Optométriste
Tel.: 0522 375 512 C.D. Casablanca
Jemila 5 Rue 375 512 Casablanca
Tel.: 0522 375 512 C.D. Casablanca

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca



Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact

الدكتورة وفاء بنشردون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية

الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون

جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

عدسات الإتصال

Casablanca , le

15.07.05 الدار البيضاء

Bakkaïd Anass

Lee Ht VL

$$O1 = +3 (-4,25, 180^\circ)$$

$$O6 = 2,50 (-3, 180^\circ)$$

EL FAKIR OPTICIEN
VISION EXPERTOO
Opticien Optométriste
Jamil 5 Rue 57 N° 10 Casablanca
Tel.: 0522 375 315 0522 291 568

Professeur Ouafae Bencheroun
Ophtalmologiste
Rés du Palais Bd. Ghandi
Tel/Fax 022 36 37 08
Urgence 062 55 19 36

Résidence du Palais, Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm D, 3ème étage N° 12 - Casablanca.

Fax et Tél.: 05 22 36 37 08 - Urgence ; 06 62 55 19 36

VISION



EXPERT

Lunette etie-optométrie-lentille de contact

Facture N° : 17.5.2023

Client(e) : BAKAID A. NASS

Casablanca : 23.07.2023

EL FAKIR OPTICIEN
 Opticien Optometriste
 Jamila 5 Rue 375/35 Casablanca
 Tel.: 0522 375 375 / 0522 291 588

DESIGNATION	QUANTITES	MONTANTS UNITAIRES TTC (DHS)	TOTAL TTC (DHS)
monture optique	01	800,00	800,-
Verres optiques organique anti-reflet Ø 65	02	1000,00	2000,-
TOTAL TTC			2800,-

Arrêter la présente facture à la somme de :

Mode de paiement espèce

Demande
en t.cnd

ICE : 000941540000083 – RC : 377318 – PATENTE : 37411673 – IF : 49016648

Le code INPE : 095003471

020 +3 (-4,25 a 180)

060 +2,5 (-3 a 180)

EL FAKIR OPTICIEN
 Opticien Optometriste
 Jamila 5 Rue 375/35 Casablanca
 Tel.: 0522 375 375 / 0522 291 588

