

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.

Traitements :

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.



Déclaration de Maladie

Nº P19- 063319

36034

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4470 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : M. SAYAGH Redouane

Date de naissance : 23/03/60

Adresse : Habituelle

Tél. : 0613038420 Total des frais engagés : 1713,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. LAAYOUINI ABDERRAHMAN

MALADIES ET CHIRURGIE
DES YEUX
AGRÉE POUR PERMIS DE CONDUIRE
8, Bd Yacoub El Mansour - CASA
Tél: 0522 98 10 28 / 0522 98 14 85

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/07/2020

Nom et prénom du malade : M. SAYAGH REDA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : REFRACTOIRY

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 : CASA Le : 07/07/2020

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
15/07/2020	CS	1	15000	DR. LAAYOUNI ABDERRAHMAN MALADIES DES YEUX AGREE POUR PECHEUR 8 BOACCOUB 22/08/2028 10522981485

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture tel:

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

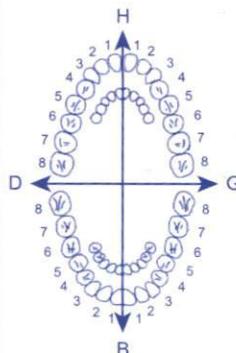
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
JURA DENTIQUE 30 Rue Oussama ibne Zaid Maarrif Casablanca 022 252133 Fax 02223086	25-7-20	Équipement sphère				115000

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Docteur Abderrahman LAAYOUNI

Spécialiste des Maladies Et Chirurgie Des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ex. Enseignant du C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital 20 Août

Agree pour permis de conduire

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

الدكتور عبد الرحمن لعيوني

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب العين - ليزر - أنجيوغرافي

خريج جامعة مونبلييه

أستاذ مساعد سابق بالمركز الاستشفائي ابن رشد

طبيب سابقاً بمستشفى 20 غشت

رخص السياقة

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون



LASER - ANGIOGRAPHIE - STRABOLOGIE

Casablanca, le 15/07/2020 الدار البيضاء، في

MR Sayagh REDA

1) lunettes verses de
lentilles à

JURA OPTIQUE
30 Rue Oussama Ibou Zaid
Maârif - Casablanca
Tél 022.25.21.33-Fax: 022.23.08.66

$(173^{\circ} - 0,75) = 162,25$

$(173^{\circ} - 0,75) = 162,25$ flan

colombes

1 flan 31.40

Dr. LAAYOUNI ABBERRAHMAN
MALADIES ET CHIRURGIE
DES YEUX
AGREE POUR PERMIS DE CONDUIRE
8, Bd Yacoub EL Mansour - CASA
tel: 0522 98 10 28 / 0522 98 14 85

05 22 98 14 85 / 05 22 98 10 28 8 شارع يعقوب المنصور - الطابق الثالث - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف:

8, Bd. Yacoub EL Mansour - 3^{ème} Etage - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85

JURA OPTIQUE

30,RUE OUSSAMA IBNOUZAID
EX,RUE DE JURA.MAARIF .CASA
Tél : 0522.25.21.33

FACTURE

FACTURE N° : **19/2020**

CLIENT : SAYAGH REDA

DATE FACTURE : **25/07/2020**

DESIGNATION	PRIX TTC
<u>Montures</u> : 1 Monture optique	450,00 DH
<u>Verres</u> : <u>OG1</u> Organique anti-reflet bleu UV NIKON	550,00 DH
<u>OD1</u> Organique anti-reflet bleu UV NIKON	550,00 DH
<u>Nomenclatures</u> : OD : -0.25 (-0.50 à 173°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00	
OG : +0.00 (-0.75 à 173°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

MILLE CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total TTC : **1 550,00 DH**

Total HT : 1 291,67 DH

TVA 20% : 258,33 DH

Frais de Timbres : 3.88 DH

Montant Total Payé :

Code INPE



095001327

R.C:349856 IF:40718900 Pte:35725204 ICE:001664295000061
Adresse: 30,RUE OUSSAMA IBNOUZAID EX,RUE DE JURA.MAARIF .CASABLANCA
Tél : 0522.25.21.33 FAX : 0522 23 08 66