

# 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.

## Diagnostic 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- 053237

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2009 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mme FASSIL Amina (Ep. Bencherif)

Date de naissance : 11-04-1956

Adresse :

Tél. : 066.171.1176 Total des frais engagés : # 706 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE  
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada-hamid@gmail.com

Date de consultation : 14 OCT. 2020

Nom et prénom du malade : FASSIL Amina Age: 64 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ophtalmologique

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 : Casablanca

Le : 14/10/2020

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

11 OCT 2020  
Ca + K15  
Sand de 1/200  
450-  
Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE  
104 Bis Rd Abdelmoumen, Rce ACARULCO  
Tél: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

14/10/20      256,00

# 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

AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

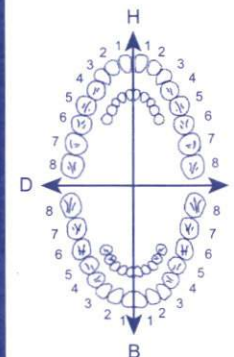
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# 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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed Berrada

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser

Casablanca, le ...

51.60  
Bropdex  
Pharmacie LILAS M.  
Mme. SEKKAT Laila  
4 bis, Rue Régis, Casablanca  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
Tél. : 0522 27 65 80

150.00  
Hylomax  
150.00  
Tobradex  
54.40  
Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE  
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

كن حذراً تجنب القيادة قبل قراءة النشرة  
Be careful! Don't drive without reading the leaflet!  
Soyez prudent! Ne pas conduire sans avoir lu la notice

Ne pas dépasser la dose prescrite  
Do not exceed the prescribed dose  
لا تتجاوز الجرعة المعينة

Bropdex® 0,3g / 0,1g  
Tobramycine / Dexaméthasone  
Flacon de 10 ml  
6 118001 272549

zenith pharma

Fabriqué par / Manufactured by / Rafarm Hellas  
12, Korinthou Street, 15401, Neo Paltio, Athens - Greece  
Distribué par / distributed by / Zenith Pharma  
96, Zone Industrielle, Tassila, Inezgane Agadir - Maroc  
Dr. M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable

برويديكس

توبراميسين / ديكساميثازون

0,3g / 0,1g

قطرات العين  
في شكل محلول

قارورة  
من فئة  
10 مل

Lot N° / B N° / عيار رقم / 001707  
Fab / Mfg / تاريخ الإنتاج / 05/2020  
Per / Exp / تاريخ الانتهاء / 05/2022

PPV: 51.60 DH

TOBRADEX®  
POMMADE OPHTALMIQUE  
3,5G  
Boîte de 1 tube  
Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ  
6 118001 070602  
69020-4

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104, مكر شارع عبد المومن البيضاء  
Résidence Acapulco ( au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abdelmoumen Casablanca  
Tél.: 05 22 99 40 40/41 : الهاتف - E-mail : berrada.hamid@gmail.com



**Docteur Mohammed Berrada**

**Ophtalmologiste**

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



**الدكتور محمد برادة**

إخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على القيادة

تصحيح الميopia بالليزر

Casablanca, le ..... 14 OCT. 2020 .....

Reçu

Reçu de M<sup>me</sup> FASSIL AMINA la somme  
de quatre cent cinquante (450,-) dirhams  
comme honoraires pour une consultation  
spécialisée avec examen du fond d'œil (K<sub>15</sub>).

**Dr. BERRADA Mohammed**  
OPHTALMOLOGISTE  
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104, مكرر شارع عبد المومن البيضاء  
Résidence Acapulco ( au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abdelmoumen Casablanca  
Tél.: 05 22 99 40 40/41 : الهاتف - E-mail : berrada.hamid@gmail.com