

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ctions 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.

## iologie 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.

## ique :

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 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0440 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AIT KASS BOUJEMAR

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : 2 Rue Mar Méditerranée ANDIAS CASA

Tél. 066305858 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Heda MIKOU  
Chirurgien Ophthalmologist  
18, Avenue Stendhal - Casablanca 50  
Tel : (+212) 0522 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

Date de consultation 16/09/2020

Nom et prénom du malade : Amalou Bp Athlone 2het Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :  Africaine  Ophthalmologiste

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 : 16/09/2020

Signature de l'adhérent(e)



Déclaration de Maladie

Nº P19- 062151

46251

## 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
16/09/2020	CS		300,00	<i>(Handwritten signature over a circular stamp)</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>(Large blue circular stamp reading "PHARMACIE RAIS Dr. Omer RAIS 62 Rue de la Mer Baltique Ain Diab - Casablanca Tel: 0522 79 81 52/0522 79 71 03")</i>	16/09/2020	335,-

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

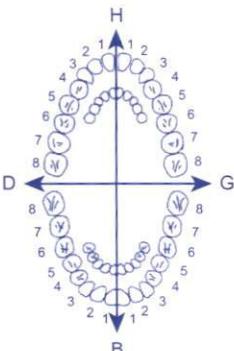
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		*AM	PC	IM	IV	
<i>(Handwritten signature over a circular stamp)</i>		1	1	1	1	16500

## 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	
	D	00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS

**Dr. Reda MIKOU**  
Ophtalmologiste  
Chirurgie Vitréo-Rétinienne

**CLINIQUE STENDHAL**

Ancien interne des hôpitaux de france  
Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris  
Titulaire de l'European Board of Ophthalmology  
Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon  
Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière paris VII

الدكتور رضي ميكو  
طب العيون  
اختصاصي في جراحة الشبكية



PT200914114633

16 septembre 2020

**Mme AMALOU EP AITKASS Zineb**

*26.29x2*  
**AZYTER. COLLYRE**

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours  
a refaire 21 jours plus tard

*32.29x2*  
**FUCITHALMIC 1 % GEL OPHTALMIQUE**

1 application le soir à la racine des cils pendant 10 jours

*5.1.2*  
**LARMABAK 90 MG COLLYRE**

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, pendant 3 Mois

Azyter 15 mg/g  
Collyre, B/6 récipients unidoses  
PPV : 76,20 DH

6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Azyter 15 mg/g  
Collyre, B/6 récipients unidoses  
PPV : 76,20 DH

6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

*AN DR*  
**Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC**  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique  
Tube de 3 g  
AMM N°184  
DMP/21/NRQ  
PPV : 37 DH 20

6 118001 200818

*AN DR*  
**Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC**  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique  
Tube de 3 g  
AMM N°184  
DMP/21/NRQ  
PPV : 37 DH 20

6 118001 200818

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

*Dr Reda MIKOU*  
**Chirurgien Ophtalmologiste**  
18, Avenue Stendhal - Casablanca .SC  
Tél. : (+212) 0522 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

**Dr. Reda MIKOU**  
Ophtalmologiste  
Chirurgie Vitréo-Rétinienne

**CLINIQUE STENDHAL**

Ancien interne des hôpitaux de France  
Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris  
Titulaire de l'European Board of Ophthalmology  
Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon  
Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière Paris VII

الدكتور رضا ميكو  
طب العيون  
اختصاصي في جراحة الشبكية



PT200914114633

**16 septembre 2020**

**Mme AMALOU EP AITKASS Zineb**

**Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue**

**VL : OD = + 2.50 (- 0.50 à 92°)**

**OG = + 2.25 (- 0.50 à 68°)**

**VP : ODG = Add : + 2.50**

**PLANÈTE OPTICAL**  
opticienne optométriste  
1, Rue Abou El Watt Khat  
Angle Avenue du Phare Bourgogne  
Casablanca Tel: 05 22 47 22 79

**Dr Reda MIKOU**  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca 56  
tel. (+212) 05 22 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

# Planete Optical

1, rue Abou  
wakt khalef  
&  
Angle avenue  
du phare

Quartier

BOURGOGNE

CASABLANCA

Tel: 022.47.22.79  
022.47.22.80

Fax: 022.47.42.03

Patente :  
N° 35602337

Identification  
fiscale:  
N° 40517911

Registre  
du commerce:  
N° 286152

DATE : 20/10/20

FACTURE : /5640

## AMALOU EP AITKASS ZINEB

Nom	Qte	Désignation	P.U	Montant
431	1	varilux confort 1.6 superfin antireflet	2575	2575
431	1	varilux confort 1.6 superfin antireflet	2575	2575
	1	monture	2500	2500

Total ----->: 7 650,00 Dh

JCE= 0016622000 00075

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Sept Mille Six Cent Cinquante Dhs et Zéro Cts

PLANETE OPTICAL  
opticienne optométriste  
1, Rue Abd El Wakt Khalef  
Angle Avenue du Phare Bourgogne  
Casablanca - Tél: 05 22 47 22 79