

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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.

Pathologie et Maladie Chronique 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- 059238

ND : 47866

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4623

Société :

Actif Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : SAOUD L'HOUSSINE

Date de naissance : 5/12/1946

Adresse : VILLAGE 361 lot OCEAN JAR BOUAFET C48

Tél. : 0670116881

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/11/2010

Nom et prénom du malade : SAOUD L'HOUSSINE 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] :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ACHRAF Dr. Slimane Slimane <small>Rba Annad - Bd Arwa - Cte Plateau - CASA Tel: 05 22 98 87 63 - Fax: 05 22 99 84 17</small>		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

• 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 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
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
T	

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Docteur Abderrahmane RAISS

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification

Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme, Hypermétropie,

Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرأيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

Casablanca, le

281474976714832

Reçu de caisse N° :

fathia

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT20102715513 9	SAOUS Lhoussine	16/11/2020

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Carte Bancaire	cs spécialisée dr raiss	500,00
Total payé		500,00
Reçu établi par :		

Spécialisé en Ophtalmologie
Dr. Abderrahmane RAISS
15, Rue Kadi Iass - Casablanca - Maroc
Tél : 0522 98 44 66 / 26 - Fax : 0522 99 01 84

15, Rue Kadi Iass - Mâarif - 20100 Casablanca - **Tél.** : 05 22 98 44 66 / 26 - **Fax** : 05 22 99 01 84

E-mail : drraiss@ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com

Prise rendez-vous par E-mail : contact@ophtalmologie-maroc.com - ICE : 001602596000056

LOT S033767 1

EXP 09 2021

PPV 164.20 DH

OT T009742 1

XP 12 2021

PPV 164.20 DH

T S029887 1

P 06 2021

PPV 164.20 DH

LOT S029887 2

EXP 06 2021

PPV 164.20 DH

LOT S033762 1

EXP 08 2021

PPV 164.20 DH

LOT S008174 2

EXP 12-2020

PPV 164.20 DH

LOT S033767

EXP 09 2021

PPV 164.20 DH

T T002108 1

11 2021

164.20 DH



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte
par Pharcoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرأيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
علاج قصر النظر بالليزر أو العدسة

16 novembre 2020

Mr. SAOUS Lhoussine

COSOPT COLLYRE

2 fois par jour, pendant 6 Mois





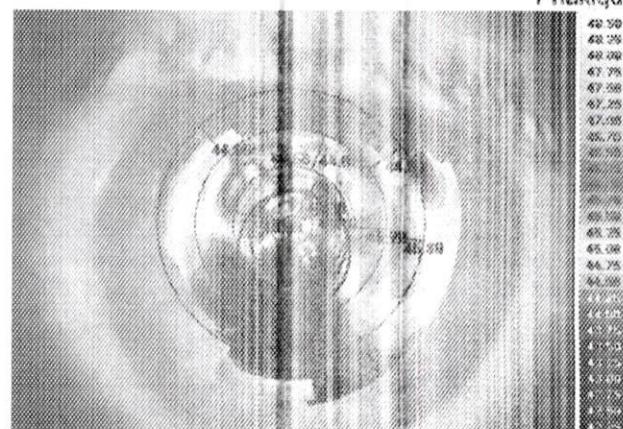
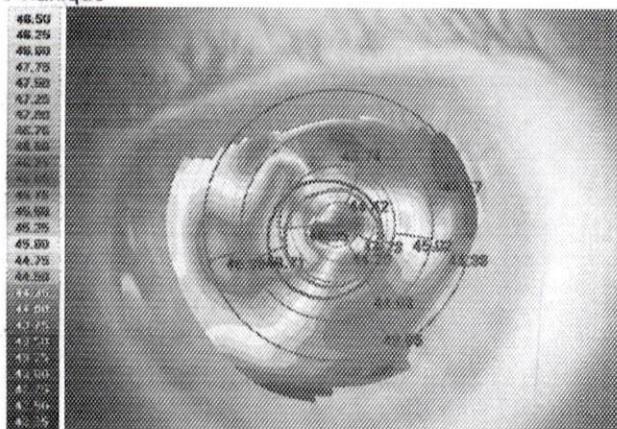
Topcon Europe Medical bv

Patient : SAOUS LHOUSSINE
 Patient ID : SL
 Date de Naissance: 05/12/1946
 (jj/mm/aaaa)

Chirurgien : RAISS ABDERRAHMANE
 Date Examen (jj/mm/aaaa) : 16/11/2020 - 13:17

OD

Phakique



D

Carte Normalisée

Carte Normalisée

D

Synthèse des mesures

AL	22.66mm	K1	44.08D	109°	AL	22.66mm	K1	44.26D	66°
ACD	2.60mm	K2	46.51D	19°	ACD	2.60mm	K2	45.13D	156°
LT	5.20mm	CCT	0.467mm		LT	5.24mm	CCT	0.470mm	
WTW	10.89mm	Dec	(-0.33, -0.23)		WTW	11.16mm	Dec	(0.47, -0.60)	

Index Kérato-réfractifs

CYL 3 mm	-0.91 D	Ax: 103°	CYL 3 mm	-0.96 D	Ax: 71°		
CYL 5 mm	-1.83 D	Ax: 94°	CYL 5 mm	-1.79 D	Ax: 71°		
SD	SAI	e	Kc	SD	SAI	e	Kc
1.41 D	1.18 D	0.85	44.05	1.59 D	1.25 D	0.51	45.06

Criblage du kératocône

AK	AGC	OUI	p	AK	AGC	OUI	p
48.00 D	2.76 D/mm	0.03 D	60%	49.10 D	2.09 D/mm	-2.02 D	0%

Pupille

Photo:	Diamètre 2.45 mm	Dec	(-0.15, -0.35)mm	Photo:	Diamètre 2.55 mm	Dec	(0.21, -0.44)mm
Meso:	Diamètre 3.01 mm	Dec	(-0.32, -0.38)mm	Meso:	Diamètre 3.01 mm	Dec	(0.10, -0.72)mm

Zernike Analysis 5 mm

Mappe d'Aberrations	Coma	Ab. Sphér.	Mappe d'Aberrations	Coma	Ab. Sphér.
rms 2.48 µm	rms 0.22 µm	rms 0.19 µm	rms 1.35 µm	rms 0.38 µm	rms 0.30 µm