

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.

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° P19-0046854

186377

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MHAMDI

MUSTAPHA

Date de naissance :

01/01/1951

Adresse :

5, Rue Idrissi TASS Agpt. NG

CASA

Tél. : 06 70 54 2860

Total des frais engagés : 937 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. GHALLAB GHISLAINE
OPHTALMOLOGISTE
8, Rue Assad Bhou Zarrar
Place du Maarif

Date de consultation :

07 / 12 / 2022

20.46/47 Fax : 99.20.48

Nom et prénom du malade :

Mr MHAMDI Mustapha

Age : 73

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Ophtalmologie

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 : 11 / 12 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
07.12.23	Edamen Foudjel	12	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA NABIL Dr. NABIL Docteur en Pharmacie 76, Rue de l'Atlas - Maarif Casablanca Tél: 05 22 98 87 72	07.12.23	537,00

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	

Lot/Exp.:

GL 7099
GN 8863
10/2024

Pfizer

Lot/Exp.:

GL 7099
GN 8863
10/2024

GL 7099
GN 8863
10/2024

Lot/Exp.:

GL 7099
GN 8863
10/2024

P.P.V : 89,5 DH
Fabricant / المصنع
PZFER MANUFACTURING BELGIUM NV
RIJKSWEIG 12
2870 PUURS
BELGIQUE
PAA193075



P.P.V : 89,5 DH
Fabricant / المصنع
PZFER MANUFACTURING BELGIUM NV
RIJKSWEIG 12
2870 PUURS
BELGIQUE
PAA193075

PAA193075



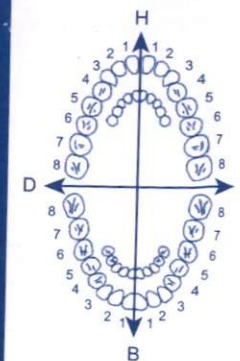
PAA193075

P.P.V : 89,5 DH
Fabricant / المصنع
PZFER MANUFACTURING BELGIUM NV
RIJKSWEIG 12
2870 PUURS
BELGIQUE
PAA193075

GL 7099
GN 8863
10/2024

Lot/Exp.:

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

FIN
D'EXECUTION

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur GHALLAB G.

Spécialiste de la faculté de médecine de Paris
Maladies et Chirurgie des yeux
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Angiographie - Laser - Echographie
Chirurgie de la cataracte
Chirurgie de la Myopie

8, Rue Assad Bnou Zarrara Place du Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22.99.20.46 / 47



الدكتورة غزلان غلاب

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
خريجة جامعة باريس

8، زنقة أسد بن زرارعة ساحة المعاريف - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22.99.20.46 / 47

Casablanca le 17.12.23 في الدار البيضاء

Mr M'HAMDI Rostpho

T. 537,00

89,50 x 6

Mlle colle

Mlle payeur



PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. NABIL
Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tél: 05.22.98.42.73

Gfaoons

~~PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. NABIL
Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tél: 05.22.98.42.73~~

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **MHAMDI MUSTAPHA**

Matricule : **1409** N° CIN :

Adresse : **5, Rue Kadi ASS Agt. N°8 N°121E CAS**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Dr Ghaleb Ghislaine** Spécialité : **ophtalmologiste**

N° ICE : N° INPE : **091066738**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **MHAMDI Mustapha**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

glaucome

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**traité par anti hypertenseurs oculaires depuis long
Xalcom OM**

Dont ci-joint ordonnance :

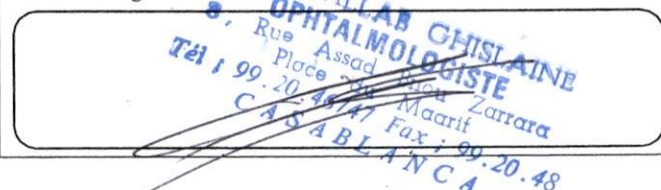
Traitement prescrit :

Xalcom collyre

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CAS** le **7/12/23**

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées