

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.



N° W19-455154

39666 par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

5368

Société :

R.A.M

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RETRAITÉE

DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA

Date de naissance :

25-01-1960

Adresse :

12, Immeuble AL HAMBRA 1, RIAD ANDALOUS,
RIAD - RABAT

Tél. :

06 67 48 11 38 Total des frais engagés : 12.460 dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AL BAROUDI NADA
Spécialiste en Ophtalmologie
طبيب وجراح العيون
Hôpital Cheikh Zaid
INPE : 101248631

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA Age: 60

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DPV avec Myopie sérophtalmie

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 : RABAT

Le : 10/09/2020

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
6/08/20	Hôpital de Sidi Abdellah Admission à l'hôpital Hôpital de Sidi Abdellah	83 Drs.		INP : 1234567890 Spécialiste en Ophtalmologie Hôpital de Sidi Abdellah INPE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Signature de pharmacien Sidi Abdellah 35 Signature Rabat Date : 05 02 06 INPE : 123456700004	06/08/20	327,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

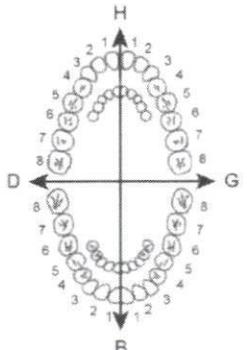
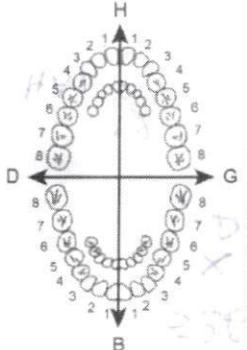
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
MONOPTIQUE 19 bis, Mariane Hay Riad Tel: 05 57 71 72 59	27/08/20	Monture + Verres				12000,00 DH

INPE 3105015390.

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DEBUT D'EXECUTION
		FIN D'EXECUTION
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE INP : 1234567890 Signature au Opprimé Bondi Hayd	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	MONTANTS DES SOINS	
	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	
		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		



Dr. AL BAROUDI NADA
 Spécialiste en Ophtalmologie
 طب وجراحة العيون
 Hôpital Cheikh Zaid
 INPE : 101248631
 Docteur Rabat, le

06 août 2020

Mme DRISSI KAMILI Fatima Zahra**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs**

VL : OD = + 6.50 (- 0.75 à 170°)
 OG = + 3.75 (- 0.25 à 170°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.00

~~MONOPTIQUE~~
 19 bis, Marjane Hay Riad
 Tél: 05 37 71 72 59

~~Dr. AL BAROUDI NADA~~
 Spécialiste en Ophtalmologie
 طب وجراحة العيون
 Hôpital Cheikh Zaid
 INPE : 101248631



Dr. AL BAROUDI NADA
Spécialiste en Ophtalmologie
العنوان
Hôpital Cheikh Zaid
INPE : 101248631

Rabat, le

Docteur

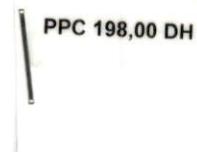
06 août 2020

Mme DRISSI KAMILI Fatima Zahra

138,00

BLEPHARETTE

une application le soir, dans les deux yeux
15 JOURS



SOINS DE PAUPIERE

deux fois par j , dans les deux yeux
15 JOURS

138,00

CATIONORM

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux
1 MOIS

14,00

GEL LARMES

1 app le soir, dans les deux yeux
15 JOURS

14,00

Dr. AL BAROUDI NADA
Spécialiste en Ophtalmologie
العنوان
Hôpital Cheikh Zaid
INPE : 101248631

MONOPTIQUE

Une vision très particulière

27/08/2020

Nom & Prénom : DRISSI KAMILI FATMA ZAHRA

Facture n° : 2020//08//42

Désignation	P.U HT	Qte	Montant TTC
MONTURE OPTIQUE	2500,00	1	2500,00
VERRES PROG 1,74 ANTILED	4.750,00	2	9.500,00
PRIX HT			10000,00
TVA 20%			2.000,00
TOTAL TTC			12000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DOUZE MILLE DIRHAMS -

Dont 20% de TVA

MONOPTIQUE
19 bis, Marjane Hay Riad
Tél: 05 37 71 72 59

MONOPTIQUE SARL

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Consultation le :06/08/20 AQuittance n° 2 231 537

HCI

IPP : 1 458 732 N° de dossier : C202682512

DI : 2 532 729

Patient : DRISSI KAMILI FATIMA ZAHRA

Montant : 83,00 Dh (quatre-vingt-trois et xx / 100)

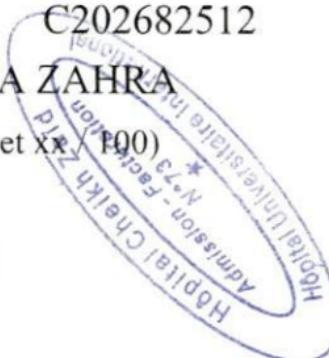
Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 06/08/2020

Description :

Medecin : C01071 AL BAROUDI NADA

Motif : CONSULTATION RÉGULIÈRE



Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 10h00.

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 1616292