

# 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.

## 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.

## 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.

## 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.

## Pathologie 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**  
Nº P19- 064447

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 519 Société : RAM 66039

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL GUERGAII ABDELLAH

Date de naissance : 1947

Adresse : 4 Rue Ksara Seghira Hay Salam CIC

etage 82 Avenue

Tél. : 0522 3677 85 Total des frais engagés : 4850.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/01/2021

Nom et prénom du malade : EL Guergaai Latifa Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Béni Me niqueille

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

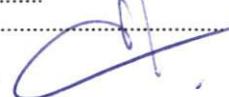
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 30/01/2021

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
30.01.2021	CS		250	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>Antoine Mille pour Ch imétre &amp; Opticien</i>	03/02/2021					4600.00

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ORL.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a child to draw or write in.



مركز العيون ببر انزاران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفي

اختصاصية في أمراض وجراحة العين

خريجة جامعة باريس VII

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca le: 30/01/2021

الدار البيضاء في:

El Guergaai Jorf...

Verres + Monture,

- Progressifs
- lunettes
- anti-reflets

$\text{O} = +2,50 \text{ (-1,25 à } 100^{\circ})$

$\text{OG} = +2,25 \text{ (-1,25 à } 86^{\circ})$

Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien

add +2,50 OGS





# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : 0016346

Date : 03/02/2011

Mr : LATIFA EL GUERAOUD

Docteur : HOUUDA KHLIFI

Type des verres: Progressif organique  
ANTI REFLET

Monture : CPT. 200

Vision de Loin :

OD Axe 100° cyl -1.25 sph +2.50 1200

OG Axe 86° cyl -1.25 sph +2.50 1200

Vision de Près :

OD Axe ..... cyl ..... sph )

OG Axe ..... cyl ..... sph )

Add : +2.50

Montant : 4600

Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien

Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien

Quatre mille six cent DHS

N° 425 Centre Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P / 023451 - Patante : 30057211