

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

## **ditions 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.

## **Biologie 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 canalaire, 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 canalaire.

## **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° P19-0002482**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1178 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ZAFRINDI MHAMMED Date de naissance : 01/08/1968

Adresse : EL JADIDA

Tél 06614463938 Total des frais engagés : 38.000,00 Dhs + 62.000 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/06/2021

Nom et prénom du malade : ZAFRINDI MHAMMED Age : 1968

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Correction visuelle

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 : EL JADIDA Le : 01/06/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## **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
10/01/2017	Correction visuelle		200 DH	Dr. CAÏD Opticien grossiste Goudia - Tel : 0633079152

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/06/21	68.80

#### **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	
	01/06/2021					3800 - 00 INPE: 045005028

## **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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000 35533411	00000000 11433553

(réation, remont, adjonction)

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

Coefficient  
de translation

## MONTANTS

DATE DU  
DEVIS

**Dr Khalid CAID TOUIL**

Ophthalmologist  
Specialist in Eye Diseases  
and Eye Surgery

**الدكتور خالد قائد طويل**

اختصاصي  
في أمراض و جراحة العيون

**Ordonnance**

El Jadida le : ordonnance médicale الجديدة في :

El Jadida Le, 01/06/2021

Monsieur Lafrindi Mohamed

VISION DE LOIN:

- OD: (-1.50 A 63) +0.75

- OG: (-1.25 A 115) +1.00

VISION DE PRES: +2.50

2 VERRES ANTIREFLETS PROGRESSIF + MONTURE

Dr. CAID F. Khalid  
Ophthalmologist  
Rés. Al Boustane 7, imm. 1, Etage 1,  
Appt. 2 - El Jadida - Tel: 06 33 07 91 52

**06 33 07 91 52** **05 23 80 19 81**

Route de Marrakech, Rés. Al Boustane 7  
Cabinet Dr Khalid Caid Touil  
Imm 7, Etage 1, Appt 2 - El Jadida

طريق مراكش، إقامة البستان 7  
عمراء 7، الطابق 1، الشقة 2 - الجديدة

**Dr Khalid CAID TOUIL**

**الدكتور خالد قائد طويل**

Ophtalmologiste  
Specialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux

اختصاصي  
في أمراض و جراحة العيون

**Ordonnance**

El Jadida le:

**ORDONNANCE MEDICALE**

El Jadida Le, 01/06/2021

Monsieur Lafrindi Mohamed

*30.30*  
- ICOMB COLLYRE

*30.30*  
- SICCAFLUID COLLYRE

*3f/j*

*68.80*



*Dr. CAID T. Khalid*  
Ophtalmologiste  
Rés. Al Boustane 7, imm. 7, Etage 1,  
Appt 2, El Jadida - Tel : 06 33 07 91 52

**□ 06 33 07 91 52    ☎ 05 23 80 19 81**

Route de Marrakech, Rés. Al Boustane 7  
Imm 7, Etage 1, Appt 2 - El Jadida

Cabinet Dr Khalid Caid Touil

طريق مراكش، إقامة البستان 7  
عمراء 7، الطبق 1، الشقة 2 - الجديدة

# OPTIQUE ASAFA

EL JADIDA 01/06/2021

ADRESS

EL BOUSTANE 7 IMM 05 EL JADIDA MAROC MR/ MME

LAFRINDI MOHAMED

TEL 00212663565689

patent 4201678

FACTURE N° 254/21

ICE 002261536000028

Dr: KHALID CAID TOUIL

## VISION PRES

	sph	cyl	axe	OD	sph	axe	ADD
OD				OD	+0.75	-1.50	63 +2.50
OG				OG	+1.00	-1.25	115 +2.50

## VISION LOIN

## FORNITURE MONTURES

VL PLASTIQUE 800  
VP

VERRES PROGRESSIF BLEU CUT 3000  
VL  
VP

TOTAL: 3800 DHS

LAPRESENCE FACTURE EST ARRETE A LA SOMME DE:  
ROIS MILLE HUIT-CENTS DHS

*[Handwritten signature]*  
N° 254/21  
EL JADIDA  
ASAFA  
002261536000028