

# 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.

## 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.

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

N° P19- 060071

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4927 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ARFI SAID

Date de naissance : 12.11.1962

Adresse : 595 B<sup>2</sup> EL QUADS, QLED 1000, 1000, ANKHA

Tél. : 0661647882 Total des frais engagés : 121.11.12 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Lahcen ZAFAD  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansaïda  
Quartier Palmera - Casablanca

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MONSIEUR ZAFAD BAHIA Age: 54

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie : CORNE D'OPHTALMOLOGIE, Cas de la maladie : 1000, ANKHA

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 : casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/07/21

## 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
03/05/2021	CS		300 DH	Dr. Lahcen JEDAD Ophthalmologist Angle Rue Med Baffet Rue Mandar Quartier Palmiers - Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien, Date	Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien, Date D'APRÈS FOURNISSEUR PARFACTE MCHIR 101, Bd El Gued Lot Mandarona Rue 14, Inara 1 A n Chok - Casa Tél 05 22 52 82 53 03.05.21	405.00

INPE : 92001387

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
NEW LIFE OPTICAL SARL Opticien Optométriste N°: 381495 - Patente: 33062373 GSM: 06 74 82 23 53	06/06/21	6	0	0	0	5000.00

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

CLINIQUE AL MADINA



المرنة الملاحة

ORDONNANCE

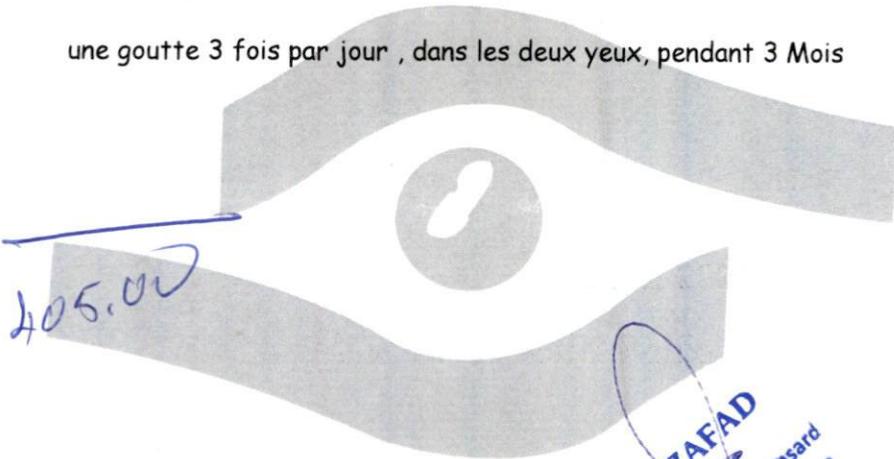
03 mai 2021

Mme MONSSEF Bahia

س/ل

1/ EOLE DUAL

une goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 3 Mois



Dr. Lahcen ZAFAD  
Ophtalmologiste  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca



PHARMACIE ACHIR

101, Bd El Qods Lot Mandarona  
Rue 14, Inara 1 A n Chok - Casablanca  
Tél 05 22 52 82 53



المرنة الملاحة

03 mai 2021

Mme MONSSEF Bahia

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Antireflets multi-couches

VL : OD = + 0.75 (- 0.25 à 180°)

OG = + 0.25 (- 0.25 à 155°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.50



NEW LIFE OPTICAL SARL  
Opticien Optométriste  
RC: 381495 - Patente: 33087379  
Opticien Optométriste  
RC: 381495 - Patente: 33087379  
GSM: 06 74 82 23 53

Dr. Lahcen ZAFAD  
Opticien Optométriste  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca

# NEW LIFE OPTICAL

Group 4 N 155 BD

L.T.P : 33067379-RC 381495

ouqba ibno nafie sidi moumen

I.C.E : 001937766000081

tel : 06.74.82.23.53

Facture

003582

Casablanca : le

6/6/27

M/Mme

MONSSEF BAHIA

N de nomenclature :

Docteur :

Monture :

OPTIQUE

1500,00

Verres :

10/10 ANTI GLARE

1000,00

VL :

1-0.98 180/70/075

1000,00

OD :

1-0.25 155/70/075

1000,00

OG :

1-0.25 155/70/075

1000,00

VP :

OD :

OG :

750,00

750,00

750,00

750,00

Arrête la présente facture a la somme de :

5000,00  
Gingue. M. H.  
D H PAYEE par CSP

NEW LIFE OPTICAL SARL  
Opticien Optimétriste  
RC: 381495 - Patente: 33067379  
GSM: 06.74.82.23.53

NEW LIFE OPTICAL SARL  
Opticien Optimétriste  
RC: 381495 - Patente: 33067379  
GSM: 06.74.82.23.53