

# 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.

## 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 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° M21- 068547

93077

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CHADIA ESSALIME KARIMA

Date de naissance : 15.07.1967

Adresse : 56, Rue Messaoudia 21800 CASA

Tél. : 0661976344

Total des frais engagés : 150,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. ESSALIME KARIMA  
Ophtalmologue  
146, Bd Joulane Appt 1 Salmia 2  
Casa - Tél : 0522 57 00 55*

Date de consultation : 29.09.2021

Nom et prénom du malade : Chant Boutcina Age : 13 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection canalaire

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

Signature de l'adhérent(e) :

*Chant Boutcina*  
Le : 29.09.2021  
Signature : MUPRAS

## 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
29/01/2021		Const. 1/2e		<i>SALINER KARINA</i> Signature : SALINER KARINA Date : 29/01/2021 Signature : 0522 57 00 55

## 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	
	29/09 2021	30				150,00

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

D		G
000000000	000000000	
35533411	11433553	

B



**CABINET D'ORTHOPTIE Mme MERIEM RICHI**  
Orthoptiste et coordinatrice de parcours de soins  
Diplômée de l'ISPITS et de la faculté de médecine la SORBONNE à PARIS

**FACTURE**

001219

NOM	CHARIT	DATE NAISSANCE	11/04/2004
PRENOM	BOUTAINA	ADRESSE	CASABLANCA
TELEPHONE	06 68 40 44 71		

DATE CONSULTATION	EXAMEN	PRIX
29/09/2021	BILAN ORTHOPTIQUE	150

**Le montant de la facture présente est arrêté**

**150 DH**



## CABINET D'ORTHOPTIE Mme MERIEM RICHI

Orthoptiste et coordinatrice de parcours de soins

Diplômée de l'ISPITS et de la faculté de médecine la SORBONNE à PARIS

Casablanca le, 29/09/2021

### Bilan orthoptique

Chère docteur : **ESSALIM KARIMA**

Je vous remercie de m'avoir adressée **CHARIT BOUTAINA** âgée de 17 ans que j'ai vu ce jour pour un bilan orthoptique initial et qui montre les éléments suivants :

#### Anamnèse :

Signes fonctionnels : Migraine depuis 2 mois pas de sinusite TDM normale.

ATCD OPH : RAS

ATCD G/F : RAS / Allergique

Consanguinité : Negative

#### Acuité visuelle : Snellen

OD	S/C : 10/10 P2
OG	S/C: 10/10 P2

#### Détails du BO :

##### **Test de la vision binoculaire :**

- Vision stéréoscopique: Positive 3/3
- Verre rouge :
  - Fusion En VP dans les 9 position du regard
  - Diplopie Homonyme En VL
- WORTH : Fusion En VL

##### **Mesures de Déviation :** (en dioptrie)

<u>ESE</u>	<u>Maddox</u>
S/C	S/C
<b>VL : Ortho</b>	<b>VL : E = 4</b>
<b>VP : E' = 4</b>	<b>VP : E' = 1</b>

### Alternance : ODP

## Oculomotricité :

### Motilité : Normale

### Motricité oculaire conjuguée :

- Fixation :stable et endurante
  - Poursuite :lisse et endurante
  - Saccades :synchrone
  - Vergences : C 40 R 25 C'25 R 14  
D 8 R 4 D'14 R 10

## RDC : mise en jeux dans les normes.

PPC : à 6 cm

### **Conclusion :**

## Une Esophorie en VP SC.

Sur le plan visuel : isoacuité visuelle S/C de 10/10 ODG.

Sur le plan moteur : Motilité normale. Mais ses amplitudes fusionnelles sont moyennement diminué, plus marqué en VL

Sur le plan sensoriel : CRN à tous les tests.

Je propose avec votre accord la prescription de 10 séances de rééducation pour son IDC.

Cordialement!

