

# 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.

## Diagnostique 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.



## 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 : CHADLI Abdelghani  
Date de naissance : 15.07.1962  
Adresse : 56, rue Tessaoudia 21801  
Tél : 0661976344 CASA  
Total des frais engagés : 150,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/09/2021  
Nom et prénom du malade : Chant Bouteina Age : 12 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Affection oculaire  
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 : 29/09/21  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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
29/09/2021		Contrôle		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

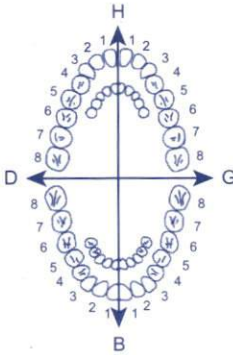
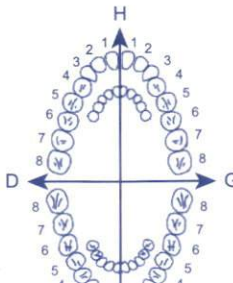
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	29/09 2021	B.O				1500F

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>               H                25533412                00000000                D             </div> <div>               21433552                00000000                G                00000000                35533411                B             </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS			
				DATE DU DEVIS		



**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)

- ESE : - Maddox

S/C	S/C
VL : Ortho	VL : E= 4
VP : E'= 4	VP : E'= 1



**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 fusionnels sont moyennement diminués, 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!**

