

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.

Radiologie 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.

Déclaration de 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- 0002051

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9065 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JELLOUL Me hamel Date de naissance : 22.03.65

Adresse : N°4b RAM des poteaux salins à ASNAZ (Casab)

Tél. : 066.066.632 Total des frais engagés : 3500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.07.19

Nom et prénom du malade : JELLOUL Age :

Lien de parenté : Lui-même Enfant

Nature de la maladie : Affect. aux yeux Date : 04 SEP. 2019

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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 : RAM

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

Le : 30/09/19

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
26/07/19	Consultation	1	700	1. AY 2017 en Optométrie et Pédiatrique 120,00 NY Crss 394,00 Crss C-54 05/19/28 5631
27/07/19	Consultation	1	700	1. AY 2017 en Optométrie et Pédiatrique 120,00 NY Crss 394,00 Crss C-54 05/19/28 5631

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	
	27/07/02	9		fourteens		3102,00

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 canalaires, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca

الأستاذة ليلي الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون وعيون الأطفال
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Casablanca, le vendredi 26 juillet 2019
Enfant JELLOUL Walid

UNE PAIRE DE LUNETTES :

VERRES DE LOIN INCASSABLES

(R)

Oeil Droit : (30° -3,25) + 5,75

Oeil Gauche : (735° -2,50) + 5,25



Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Rés. Dar My Driss 120, Bd. My. Driss 1er
CASABLANCA
Tél.: 06 22 86 41 23 / GSM : 06 10 28 36 31

Consultation sur rendez-vous :

إقامة دار مولاي إدريس 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
الدار البيضاء
Cacablanca

Tél.: 06 22 86 41 23 / 51

المحمول: GSM : 06 61 08 06 18

06 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr / lailaraism@yahoo.fr

Site web: www.prlailaraism.ma

الفحص بالموعد :

إقامة دار مولاي إدريس 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
الدار البيضاء

الهاتف: 06 22 86 41 23 / 51
المحمول: GSM : 06 61 08 06 18
E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr / lailaraism@yahoo.fr
Site web: www.prlailaraism.ma

AL HORRIA OP

Ain Chock, Bd Al Qods,
Inara 2 N° 23
Casablanca



بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس
إنارة 2 رقم 23
الدار البيضاء

N° 008376

Docteur : LAiLA Rai /
Mr. : FELLOU Walid

Nomenclature :

Montures :	VL	optique	For, -
	VP		
Type de verres :	INCASSABLE AR AMINCi./		

* VISION DE LOIN :

OD : Axe : 30° Cyl : 3,25 Sph : +5,75 1200

OG : Axe : 135° Cyl : 2,50 Sph : +5,85 1200

* VISION DE PRES :

OD : Axe : Cyl : Sph : 1200

OG : Axe : Cyl : Sph : 1200

Add : 1,50	1200
= 3100, -	

Total : 3100, -

Date : 27/07/2021





Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca

الأستاذة ليلي الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون وعيون الأطفال
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Le 26/07/19

INPE 091033084

BON DE REGLEMENT

Reçu de
Mr/Mme/Melle JE 1104 L WACI

La Somme de Quatre cent Dhs
..... 400 Dhs.

Pour : Consultation + far

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Rés Dar My Driss 120, Bd. My. Driss 1er
CASABLANCA
Tél.: 05 22 86 41 23/51 GSM 06 19 28 36 3*

Consultation sur rendez-vous :

120 شارع مولاي إدريس، 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{me} ét. طابق 3
إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
الدار البيضاء
Casablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr / lailaraism@yahoo.fr

المحمول: GSM : 06 61 08 06 18

05 22 86 41 23 / 51

Site web: www.prlailaraiss.ma

الفحص بالموعد :

موقع الإلكتروني: www.prlailaraiss.ma