

# 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.

N°D:  
13083

## Déclaration de Maladie : N° P19-0016400

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

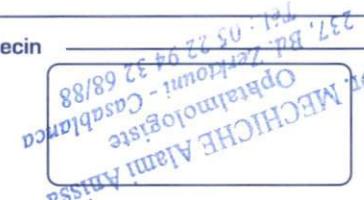
Nom & Prénom : HAJIL nd Date de naissance : 201-01-44

Adresse : LOT ATTASANOUNÉ RUE1 IN.50 ARITA ALFA

Tél : 06.70.98.62.00 Total des frais engagés : 532,28 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25 OCT. 2019

Nom et prénom du malade : BELANTARI molika Eph.HAJIL age:

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Allégoie

oculai

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) : AB



18 DEC. 2019

ACCUEIL 10.12.2019

## 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
25 OCT 2019	CS + FO		300 A/H	

## 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
Octeur UAN Optimalmed 100, Bd Brahmi, 75013 Paris Tel: 01 42 25 10 00	30 OCT 2019	K40	500,00 HTS

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

**Docteur Anissa Mechiche-Alami**

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

الدكتورة أنيسة أميشيش العلمي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولي

شارع الزرقطوني 237

إقامة الخير، الطابق الثاني

الدار البيضاء

الهاتف 05.22.94.32.69 - 05.22.94.32.68

237, Bd. Zerkouni  
Résidence Al Kheir, 2<sup>ème</sup> Étage  
Casablanca

TÉL.: 05.22.94.32.68 - 05.22.94.32.69

25 OCT. 2019

Casablanca, le .....

الدار البيضاء في

Mme BEZANTARI Melika Ep MAJIL

- Echographie œulain + Biométrie

Myome - 20 OD. avec catéctome  
sous capsulie

Docteur D'KHISY Mouassine  
Ophtalmologiste

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca  
Tél: 0522.25.43.88

237, Bd Zerkouni 05.22.94.32.68/89  
Ophtalmologiste Casablanca  
Dr. MECHICHE ALAMI Anissa

**Dr Mouhssine D'KHISY**

**Ophthalmologiste**



Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser

**الدكتور الدخيسى محسن**

**طب العيون**

**أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد**

**الدار البيضاء**

**أمراض وجراحة العيون**

Casablanca, le

30.10.2019

### **NOTE D'HONORAIRE**

**Nom Prénom :** MME BELANTARI EP HAJIL MALIKA

**ACTE :** ECHOGRAPHIE : K40

**MONTANT :** 500 DHS .

**TOTAL :** CINQ CENTS DHS

Docteur D'KHISY Mouhssine  
DR Ophthalmologiste  
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca  
Tél: 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88

Wednesday, 30.10.2019

7/6 1973  
7/6/1 206  
7/6/2 221

Dr Mouhssine D'KHISSY  
Ophthalmologist

Professor - Assistant at CHU Ibn Rochd  
Certification of specialized training deepening  
University of Nantes  
Eye diseases and surgery  
Echography - Angiography - Laser



الدكتور الدخيري محسن  
طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد  
الدار البيضاء  
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 30 Oct. 2019

Nom : BELANTARI EP HAJIL  
Prénom : MALIKA  
MEDECIN TRAITANT : DR MECHICHE-ALAMI ANISSA

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: CATARACTE OD

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :

Oeil Droit :

Biométrie : Longueur axiale = 28.21 mm  
P/ Implant = 3 D (A= 118.00)  
P/ Implant = 3 D (A= 119.00)

Echographie(B) :

SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin hyperéchogène  
ECHOS VITREENS POSTERIEURS

Oeil Gauche :

Biométrie : Longueur axiale = 22.37 mm  
P/ Implant = 20 D (A= 118.00)  
P/ Implant = 20.5 D (A= 119.00)

Echographie(B) :

SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin échogène  
ECHOS VITREENS POSTERIEURS

Dr. D'KHISSY Mouhssine  
Ophthalmologist  
400, Bd Brahim Roudani, Casablanca  
Tél: 05 22 25 48 88