

# 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.

## que :

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.

## aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

Nº P19- 052113

40201

Optique

Autres

Dentaire

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2630 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HIAL MOHAMMED

Date de naissance : 01/07/58

Adresse : ZKA OURA. Rue 05 N° 13 Ain Chack Casab

Tél. 0637872318 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mohamed BENNANI  
Ophtalmologiste  
54 Bd. Rachid - Casablanca  
Tél. 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Cachet du médecin :

Date de consultation : 7/8/2020

Nom et prénom du malade : H. Elbar Elmou Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Jijib Elmou MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 16 SEP 2020

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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
27/8/22	U20		1000	 Dr. Mohamed BENNANI Ophtalmologiste 54, Bd. Rachidi - Casablanca Tel.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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'imagerie.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) and anatomical landmarks D, G, and H. Landmark D is located on the left side, G on the right, and H at the top. The teeth are arranged in a curve, with some teeth having additional labels like 'V' or 'Y'.

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DL  
DEVIS

**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophtalmologiste

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

**الدكتور محمد بناني**

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابق بمستشفيات باريس

CASABLANCA, LE 07/08/2020

**HONORAIRES :**

Mme HILALOU Fatima

**Acte : Laser oeil DROIT**

01 séance de laser K80 .

K80 = 1000 Dhs .

**Montant : 1000.00 Dhs ( MILLE DHS ).**

*Docteur Mohamed BENNANI*

*Ophtalmologiste*

*Docteur Mohamed Bennani*

*54, Bd Rachidi - Casablanca*

*Tel: 0522.22.40.22 / 0522.22.62.22*

**Docteur Mohamed BENNANI**  
Ophtalmologiste  
**Chirurgie vitréo - rétinienne**  
Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني  
طب العيون  
أمراض وجراحة الشبكة  
داخلي سابق بمستشفيات باريس

CASABLANCA, le 07/08/2020

**RAPPORT MEDICAL**

Mme HILALOU Fatima présente une rétinopathie diabétique qui a nécessité une séance de laser œil droit ce jour

Docteur Mohamed BENNANI

Docteur Mohamed BENNANI  
Ophtalmologiste  
54, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22