

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ctique :

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.

ntaire :

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.

ND: 31444

Déclaration de Maladie : N° P19-0013341

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6183 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAYDOMRI KA MAL Date de naissance : 18/10/71

Adresse : Angle Selta et provence, 1er Marjan 29 Ap. 11 Casablanca

Tél. : 0661339012 Total des frais engagés : 1250 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur ZAID DRiss
Néphrologie
Centre de Maladies Rénale Dialyse
Al Hayat Oasis

Date de consultation : 17/10/06 Casablanca

Nom et prénom du malade : DRISSI SAMIHA Age: 39 ans

Lien de parenté : Lui-même Comptant Enfant

Nature de la maladie : Lupus ED - Nephropathie Lupique - 2007 - Renale

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 : Casablanca Le : 06/10/71

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
17/06/2020				Professeur ZAID BRISS Néphrologie Centre de Maladies Rénales Dialyse Al Hayat Oasis 29, Rue Edmond Rostand - Oasis Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PLATINUM	17/06/20	1250,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

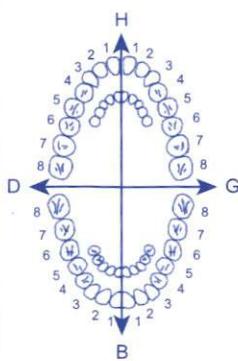
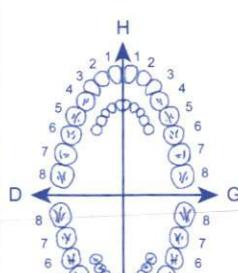
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX												
																
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												



CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

~~CASABLANCA~~ 17/08/2020



Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Dialyse

Demi Samih

45

1250,00

Recom on 2000 unit

Further non-claw

par le man

pendan 03 min
Dress
use

Professeur ZAID Driss
Néphrologie
de Maladies Rénalos Dialyse
Al Hayat Oasis
Grand Rostand - Oasis
Bianca



Recormon®

Epoetin beta / Epoétine bêta

2000 IU/UI / 0.3 ml



6 pre-filled syringes of 0.3 ml solution
for injection / 6 needles 27G1/2

€ Distribué par Roche S.A. 3 ml de
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
1vois 05, Casablanca Marina
RECORMON 2 000 IU/0,3 ml 6 PFS
P.P.V. : 1 250,00 DH



717

