

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

Cessions 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.

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.

Prothétique :

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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1144

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : ERDITI

Autre :

Date de naissance : 01.01.49

Adresse : 19 Rue ACH M'HAY EL HANA

EXAGANOR

Tél. : 061422848

Total des frais engagés : 1300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet en signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>HOLOGIE N° 102 D.A. M. BENYAHIA RUR Med. Bahi 1522.25 1482 122.23 17.05</i>	24/02/2020	<i>Scanner Cerebral</i>	<i>130.000</i>

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 préviser 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
25533414	44422552

(Création, remont, adjonction)

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">25533412</td> <td style="width: 15%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
D	G															
<hr/>																
00000000	00000000															
35533411	11433553															

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 I.F 1087675 ICE : 001745076000019



Casablanca, le 24/02/2020

Facture

Nom & Prénom : **BENZAKOUR KHEIRA**

Date d'examen : 24/02/2020

Examen(s)	
SCANNER CEREBRAL	
Montant TOTAL	1300 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE TROIS CENTS DH

*RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA, M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Bahi
Tél : 0522.25.74.82
Fax : 0522.23.77.05*



عيادة طبية للفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

H/Z

Casablanca , le 24/02/2020

*Mme. BENZAKOUR KHEIRA
DR DAWOOD HEDA*

R.M. (1,5 Tesla)

CANNER VCT
4 Barettes)

Angioscanner
Proscanner
Sloscanner
Manta-Scanner

CANNER
ORPS ENTIER

ENSITOMETRIE
PHOTONIQUE

ADIOLOGIE
UMERIQUE

AMMOGRAPHIE
UMERIQUE

ANORAMIQUE
ENTAIRE
UMERIQUE

CHO-DOPPLER
COULEUR

de Mohamed BAHI
(de Meissonier)
du bureau de pointage
kis - Maârif
Casablanca

ologie du Maârif :
5.22.25.74.82
5.22.25.30.30
5.22.23.79.34
5.22.23.77.05

001745076000019

IRM du Maârif :

5.22.23.23.12

5.22.99.30.31

5.22.25.38.73

arif@hotmail.fr

001744959000074

34770967

87675

TDM CEREBRALE SPIRALEE:

Technique : Coupes axiales jointives de 0,6 mm avec reconstructions en reformat.

Produit de contraste : sans.

Résultat :

A l'étage sus tentoriel :

- * Structures médianes en place.
- * Pas de dilatation ventriculaire.
- * Pas d'anomalies parenchymateuses.

A l'étage sous tentoriel :

- * Pas d'anomalies parenchymateuses.
- * Les citermes de la base sont libres.
- * 4ème ventricule non dilaté.

- Pas d'anomalie osseuse.

AU TOTAL :

- ***TDM CEREBRALE NORMALE.***

Avec mes amicales salutations.

*RADIOLOGIE MAARIF
BERRETTA M. BENYAHIA Z.
DERRADA M.
17, Rue Med. Bahl.
Tel : 0522.25.74.82
Fax : 0522.23.77.05*

SERVICE D'ONCOLOGIE MEDICALE

Docteur Heba DAWOOD

N° RPPS : 10100331015

Secrétariat Consultations

Tél. : 02.38.51.60.40

Fax : 02.38.51.60.07

Clinique de l'Archette

83 rue Jacques Monod - 45161 Olivet Cédex

Standard : 02 38 51 61 71

450000245

Olivet, le mercredi 15 janvier 2020

Madame RADHI Kheira

FAIRE PRATIQUER DANS LE CADRE DU BILAN DE SURVEILLANCE :

Scanner cérébral : bilan d'extension pour un cancer du sein HER2 positif

En rapport avec A.L.D. 30

CLINIQUE DE L'ARCHETTE
450000245
Docteur Heba DAWOOD
Oncologie Médicale
RPPS 10 00 33 05 - ADELI 45 / 4798