

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

tions 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.

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.

type :

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.

entaire :

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- 0024841

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4681 Société : QAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Nouhia Nohamed Date de naissance : 1952

Adresse : E1/45 lot KHZAMA ou LFA CASA

Tél. 0652347540 Total des frais engagés : 461,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/07/2019

Nom et prénom du malade : Nouhia Nohamed Age : 67

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 CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/09/2019

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
13.7.18		13	3000 HT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie T Dr. Al-Jaafar - Ouled ANCA 07/07/99	09/07/99	161,9

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 des soins.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mostapha Aziz ALAOUI

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

Electroencéphalographie

18, Rue Abou Maachar quartier des Hôpitaux
(à côté de Radiologie Anoual) - Casablanca
Casablanca - Tél.: 05 22 86 41 00 - Fax: 05 22 86 19 38
E-mail: doctoralaoui@hotmail.com

Sur Rendez-vous

Casablanca, le.....



الدكتور عزيز علوى المصطفى

أخصائي في أمراض وجراحة الرأس،

الدماغ، الأعصاب والعمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

18، زنقة أبو معشر حي المستشفيات

بعجان الفحص بالأشعة أنوال - الدارالبيضاء.

الهاتف: 00 05 22 86 19 38 - الفاكس: 05 22 86 41 00

E-mail: doctoralaoui@hotmail.com

بالموعد

56,10

09/07/2019

MOUHIB Mohamed

105,80
LIORESAL

1/2 comprimé, matin et soir (pendant 2 MOIS)

56,10
NOOTROPYL

2CAC X3/J (pendant 2 MOIS)

Ts 161,90

Pharmacie TAM
Dr. Zinan Jaafar
102, Bd Hassan II - Casablanca
Tél: 0522 91 18 90

18, Rue Abou Maachar
Casablanca
Tél: 05 22 86 41 00

56,10





INFORMATION DE L'UTILISATEUR du médicament :

LIORESAL® 10 mg

Baclofène

Comprimés sécables

Boîte de 50

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin, ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin, ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice :

- 1- Qu'est-ce que Liorésal® et dans quel cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre ou d'utiliser Liorésal® ?
- 3- Comment prendre ou utiliser Liorésal® ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver Liorésal® ?
- 6- Informations supplémentaires.

1- QU'EST-CE QUE LIORESAL® ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?