

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **diologie 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.

## **tique :**

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: 29741

## **Déclaration de Maladie : № P19- 0013602**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1786 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BAHNOURI Khadija Date de naissance : 14/07/53

Adresse : 4 Rue Mohamed El HAYANI, Fes - 17120 RABAT

Tél. : 0668.01.42.92 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/05/2020 Nom et prénom du malade : BAHNOURI Khadija Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Conjunctivite Virale

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 : RAF Le : 13/05/2020

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

#### **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 05 20	cou		210,00 dhs	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE METZIER pour un pharmacien qui rembourse	13/05/2020	159,73

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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 de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Adil WAHIDY**



## Ophtalmologue

- Chirurgie de la cataracte (phako)
  - Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
  - Angio laser - Correction optique (LASIK)

اختصاص في طب وجراحة العيون

- جراحة الحالة - الحول - مساك الدموع
  - داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الالين
  - تصحيح البصر لازيك

13/05/2020

Casablanca, le :

76,20

BAHLOURI

Khadija

- AZYTER COLLYRE

1 goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 jours

- **PHYLARM** 10ml(Solut° isotonique de NaCl)

1 toilette oculaire, à la demande,

8300

~~PITAYA  
DODGE CHAMPIONSHIP  
31.1. 1961. 05.10. 1961. 05.10. 1961.~~

~~Dr. Adil Wahidy  
Ophthal. Molog. C. M.  
Ang. 3 Rd. Abouelmoumen  
2ème Etage N° 21 D. Bld. Abouelmoumen  
... 25 86 14 18. Giza 10114  
... 02 23 46 33 25~~

Abdelmoumen Center,  
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2éme étage N°211  
Tramway station Abdelmoumen  
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88  
GSM : 06 44 05 49 05  
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن  
زاوية شارع أنواو وشارع عبد المؤمن الطالبي الثاني الرقم 211  
محطة الترامواي عبد المؤمن  
الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18  
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05 : adilwahibdy28@gmail.com : البريد الإلكتروني

ମହି ପରେ ଦାନ

Sans conservateur

Collirre en solution  
6 récipients unidoses de 0,25 g

Aztyter 15 mg/g / איזטיר 15%

**FR** Azuter 15 mg/g

Azithromycine ..... 14,3 mg  
 Sous forme d'azithromycine  
 dihydrate ..... 15 mg

Un récipient unidose de 250 mg de solution contient 3,75 mg d'azithromycine dihydrate.

#### **Excipient:**

#### Triglycérides à chaîne moyenne

أزير 15 مغ/غ AR

أزيتروميسين ..... 14,3 مغ  
على شكل أزيتروميسين  
ثنائي الاماهة ..... 15 مغ  
لـ 1 غ من المحلول

إن الوعاء أحادي الجرعة بسعة 250 مل من المحلول يحتوي على 3,75 مل من الأزيتوميسين الثنائي الاماهة.

**السواح :**  
ثلاثيات غليسريد ذات سلسلة متوسطة.

DZ

DE Algérie n° :  
16/09/17D 164/022  
رقم مقرز التسجيل بالجزائر  
16/09/17D 164/022

11

رقم التسجيل بالمغرب  
496/15/DMP/21/NC

GTN

Enreg. TN n° :  
8443081



Fabricant : LABORATOIRE UNITHER  
ZI de la Guérie - 50211 COUTANCES  
CEDEX - FRANCE

الصانع: مخابر اونيتر  
المنطقة الصناعية في لا غوري  
كوتوكس سيدكمن 50211 - فرنسا

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

لا يسع - لا يعفن  
احتى تصل إلى درجة حرارة

**قائمة ١ - إلا بوصفة طبية**

Solution stérile pour usage oculaire

# Phylarm



HER MEDIC  
PPC  
83.00 DHS

16 unido. flles de 10 ml

À chaque fois  
que l'œil est irrité