

# 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.

## 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.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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

N° P19-0036312

ND: 36910

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 281 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RMAIL Mouhsine

Date de naissance : 11/09/78

Adresse : Parc EL AZA 1 km IV n°6

Mohammadia

Tél : 0638255529 Total des frais engagés : 530,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Jalal EL OUDGHIRI  
Pédiatre  
35, Avenue 2 Mars Casablanca 20490  
INP : 091059758

Date de consultation : 28 / 7 / 20

Nom et prénom du malade : RMAIL Jamet Lulche

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : A. Pediculose

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 : 28.07.20

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# RELEVÉ 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

28/7/20	6	1	250	
---------	---	---	-----	--

**Dr. Jalal EL OUDGHIRI**  
**Pédiatre**  
 35, Avenue 2 Mars Casablanca 20490  
 INP : 091059758

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

*[Signature]*

28.07.2020

280,000

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des  
Coefficients

Montant  
des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature  
du Praticien

Date des  
Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé  
des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

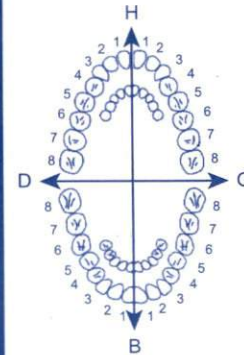
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D

00000000 00000000

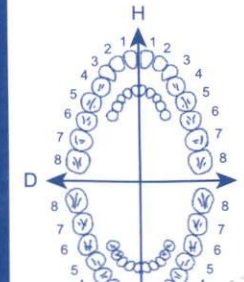
35533411 11433553

B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



DOCTEUR JALAL EL OUDGHIRI

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Néonatalogie - Urgence

Endocrinologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Dijon

Ancien Médecin des hôpitaux de France



الدكتور جلال الودغيري

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

إنعاش الرضيع - المستعجلات

مختص في أمراض الغدد عند الطفل

خريج كلية الطب ديجون

طبيب سابقا بالمستشفيات الفرنسية

28/07/2020

RMAIL JANNAT SULTANA

Age: 6 ans 10 mois 15 jours

Poids: 23,00 Kg

755,00

- **lipikar baume anti irritation**  
une application trois fois par jour

25,00

- **Lorodes 0.5 mg / ml - solution buvable**  
une cuillère a café le soir pd 1 mois



280,00

**Dr. Jalal EL OUDGHIRI**  
Pédiatre  
35, Avenue 2 Mars Casablanca 20490  
INP : 091059758

PHARMACIE EL OUDGHIRI  
Dr. JALAL EL OUDGHIRI  
Place Tiflet, 200 Cas C.R. El Anassoria  
Ben Slimane - T41/Fax : 05 21 30 30 13  
RC n° 0941881 - Patente N° 30041300  
CE : 0941881/00000000

35, Avenue 2 Mars, Résidence Lalla Habiba - 1<sup>ère</sup> Etage - Casablanca. Tél. : 05 22 26 52 35 - GSM : 06 61 21 70 23

Fax : 05 22 29 39 73 - E-mail : drjalaleloudghiri@gmail.com

Urgence : Clinique Les Crêtes. 528 Bd Panoramique - Tél.: 05 22 21 20 40

لوروديس<sup>®</sup>

ديسلوراتادين

عن طريق الفم



0,5  
mg/ml

محلول للشرب

قارورة  
من فئة  
60 مل

25,00

**LA ROCHE-POSAY**  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



3612621843057

NEW

ALSO SUITABLE FOR  
ATOPIC ECZEMA-PRONE SKIN

**LIPIKAR** **AP+M**  
**BAUME**

TRIPLE-ACTION BALM  
ANTI-SCRATCHING,  
ANTI DRY SKIN FLARE-UPS,  
IMMEDIATE SOOTHING

BABIES - CHILDREN - ADULTS  
WITH LA ROCHE-POSAY THERMAL SPRING WATER

200 ml Made in France