

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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.

N°: 36.987 C

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0018552

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7202 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : DVD  
Nom & Prénom : ABANTHA NASSERA Date de naissance : 17/11/66  
Adresse : Res: Deux Camilia Rue Baghdad 4 - 10e APP  
Tél. : 06611402315 Total des frais engagés : 325,00 MAD 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 : TANGER

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

Le : 04/06/2020

## 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
04 JUIN 2020	C		300	Dr. Mohan Khalil Mairani 05/06/2020

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>ARMERIA PHARMACY</b> Av. Prince Félix 165 Angle Omer Ben Khattab Tel : 94.66.19 - TANGER	0/06/2019	21,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

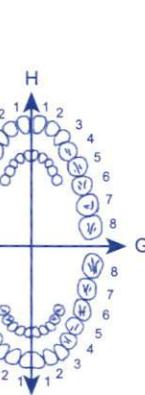
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 l'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  D & \hline  & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553 \\  B &   \end{array}  $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis

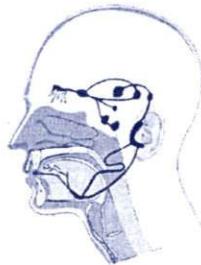
# Dr. Mohammed TOUBALI

Diplômé de la faculté de médecine  
de Strasbourg (France)

Spécialiste en Oto - Rhino - Laryngologie  
et Chirurgie de la face et cou

Ancien Assistant Spécialiste - Chef  
de clinique des hopitaux de FRANCE

Membre permanent de la Société  
Française d'ORL et chirurgie  
Cervico-faciale



# الدكتور محمد توبالي

خريج كلية الطب باستراسبورغ (فرنسا)  
اختصاصي في أمراض و جراحة

الأذن، الأنف، الحنجرة  
جراحة الوجه و العنق

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

عضو دائم بجمعية أمراض و الجراحة  
الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه  
و العنق بفرنسا

Tanger, le : 04 JUIN 2020

ABAKHA

NASTEM

28,000,- Aggrar  
M 4 x 3 L

S. 1

10

~~PHARMACIE AL FARABI~~  
AV. Prince Henri 165  
(Angle Omar Ben Khattab )  
Tél: 94 06 19 - TANGER

دكتور محمد توبالي  
Dr. Mohammed TOUBALI  
Télé: 0539 33 33 03  
0661 062 534  
E-mail: m\_toubali@yahoo.fr

9. شارع خليل مطران رقم 16 الطابق الأول - طنجة. الهاتف : 0539 33 33 03 - المحمول : 0661 062 534

9, Rue Khalil MATRANE N° 16 1er Etage - Tanger. Tél.: 0539 33 33 03 - GSM: 0661 062 534

E-mail: m\_toubali@yahoo.fr

# AGYRAX



## COMPOSITION :

Chlorhydrate de meclozine..... 25mg  
Excipient q.s. / un comprimé ..... 145mg

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est préconisé dans le traitement des vertiges.

## CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Certaines difficulté pour uriner (liées à des troubles uretroprostataques)
- Glaucome.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

## MISE EN GARDE :

L'absorption de médicaments ou de boissons contenant de l'alcool est déconseillée pendant la durée du traitement.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

En cas de grossesse, prévenir votre médecin.

**En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien, afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments.**

Il faut signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacie.

Ne jamais laisser à la portée des enfants.

**Effets sur la capacité de conduire des véhicules ou d'utiliser des machines :**  
Ce médicament peut provoquer une somnolence discrète au début du traitement.

## AUTRES EFFETS POSSIBLES DU MEDICAMENT :

Comme tout produit actif, ce médicament peut, chez certaines personnes, entraîner des effets plus ou moins gênants : constipation, difficulté pour uriner, sécheresse de la bouche, somnolence, gêne visuelle.

## POSOLOGIE MODE D'ADMINISTRATION :

Crise vertigineuse : 1 à 3 comprimés par jour à prendre avant les repas.

Avaler sans croquer avec un peu d'eau ou une autre boisson non alcoolisée.

**Dans tous les cas, se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.**

## CONDITIONS DE DELIVRANCE :

Ce médicament vous est personnellement pré-

- Il peut ne pas être adapté à un autre cas.
- Ne pas le réutiliser sans avis médical.
- Ne pas le conseiller à une autre personne.

## DUREE DE STABILITE :

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation indi-

LOT 200901

EXP 05/2023

PPV 25.00

25,00

سوطما  
SotHEMA

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA.  
B.P. N° 1, 20180 - Bouskoura - Casablanca - Maroc  
Mme L. TAZI, Responsable  
Sous licence des Laboratoires U.V.P

43793D90 AJDIR