

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## **Pathologie 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.

## **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.

## **Dentaire :**

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**

N° P19- 066259

Optique *43653*  Autres

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2582* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : *HOURI*

Date de naissance :

*01 / 01 / 1946*

Adresse :

*90, Residence Nour Amira  
My Abdellah / EL Jadida*

Tél. : *0672 83 51 37* Total des frais engagés : *498,10* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

*Dr Fatima Zahra OUAZZANI*

*ORL*

*75 Rue Boukraa Casablanca  
Tél. 05 22 47 31 70  
GSM 76 62 62 02 20*

Date de consultation : *25 Aout 2020*

Nom et prénom du malade : *Houri Aldera La prima* Age : *76*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Affection ORL*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *10 OCT. 2020*

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 : *Oran*

Le : *26/08/2020*

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
25 AOUT 2020	Actes	Cp	3000 HT	Dr. Fatima Zohra OUAZZANI ORL 75 Rue Boukab Casablanca Tél. 05 22 47 31 70 GSM 76 62 62 02 20

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2018/10/20	198,12-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 de

*Dr. Fatima-Zohra OUAZZANI*

OTO RHINO LARYNGOLOGIE  
CHIRURGIE CERVICO-FACIALE



الدكتورة فاطمة الزهراء الوزاني

أمراض وجراحة الأذن، الأنف، الحنجرة  
العنق والوجه

Casablanca, le : ..... 25/08/2020.....

Mr HOURI Abderrahmane

MS, 25

AVAMYS

2 pulvérisations matin et soir APRES MOUCHAGE pd 10j  
2 pulvérisations le matin pd 20j



83, A -  
ALLERGINE

1 comprimé le matin, pendant 1 mois

198, N



إقامة جاسم حسام 175 زنقة بوكراع -زاوية شارع مولاي يوسف - الدار البيضاء قرب مستشفى مولاي يوسف

Rés. Jassim Houssam, 175 Rue Boukraa, Angle Bd. My Youssef - Casablanca

GSM : 06 62 62 02 20 - Tél. : 05 22 47 31 70 الهاتف :

# Avans

Furoate de félitacson  
Suspension pour pulvérisation nasale  
27,5 microgrammes/pulvérisation

France  
Laboratoire GlaxoSmithKline

Médicament autorisé n°3400938322446

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 115,00 D  
118001 142262  
0310 : 64310

83,10



COOPER  
PHARMA



٥٠ قرصاً

الجرعة المعتادة  
10 mg



ALLERGINE® 10mg

30 comprimés

