

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.

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.

Maladie chronique :

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 059556

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 29 13 Société : 47136

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CH Adil Ghamani

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 03 78 9933 Total des frais engagés : 789.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed A. A. A.
Médecin du Sport
Naturopathe
Expert assurément
Tél: 0522 21 85 11 / 06 20 6 24 71

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HARRAU AMTA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Anémie + Anxiété + Vertiges

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : HARRAU

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
1/11/2020	C	1	1500	<p>Docteur Mounir M. Mounir</p> <p>Médecin du Sport</p> <p>Neurologue</p> <p>Expert assermenté</p> <p>126.0522 21 01 10512 06 84 78</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		639.00

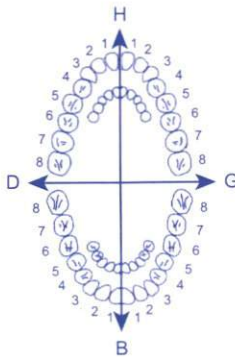
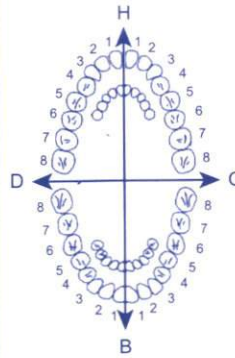
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> DEBUT D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> FIN D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> DATE DU DEVIS </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div>										
	<div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">D 00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">G 00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 5px;">B</td> </tr> </table> </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B	
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D 00000000	G 00000000												
	35533411	11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

الشافى هو الله

Docteur Mohamed AATIK

Docteur en Médecine

الدكتور محمد عتيق
دكتور في الطب



1-11-2020

१५. HARRO NAIYA

12.5

Handwritten signature: *F. J. ...*

1. Prüfung in

180.0

Fluorid 2 spots

1 gchly

Safonelle ditte

(S.P.)

4. to keep

32.6

Botane 10% gel

$$z = m/s$$

30.5

partly $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{2}$

45.0

lectd

Dr. Mohamed A. El-
Nasr, D.C., N.D.
Naturopathic

Export Assurance
Tel: 0522 21 85 11 / 0512 00

حلي مولاي عبدالله، شارع الخليل، الزنقة 132، رقم 6 - عين الشق
20480 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 21 85 11 - الفاكس : 03 4

Hay My Abdellah, Bd. Al Khalil, Rue 132 N° 6 - Aïn Chock
20480 - Casablanca - Tél. : 05 22 21 85 11 - Fax : 05 22 50 84 03

- الطب العام
- حائز على شهادة الطب الرياضي
- الحماية - التغذية الرياضية
- الطب الفيزيائي - الترويض الطبي
- الطب الطبيعي
- حائز على شهادة الخبرة الطبية
- والتعويض القانوني للضرر الجسدي
- خبير قضائي محلف لدى المحاكم

- Médecine Générale
- Diplômé en Médecine de Sport Nutrition Diététique Sportive
- Kinésithérapie Rééducation
- Médecine Naturelle
- Diplômé en Expertise Médicale et Réparation Juridique du dommage Corporel
- Expert Judiciaire Assermenté auprès des Tribunaux

$T = 639.50$

«magne», chez l'enfant, la femme enceinte.
EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER
croisées avec les produits de contraste iodés.

Les réactions d'intolérance (réactions anaphylactoides) aux produits de contraste iodés ou d'anaphylaxie aux fruits de mer ne constituent pas une contre-indication à l'utilisation de BETADINE 10 %.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Faites attention avec BETADINE 10%, gel :

Mises en garde spéciales

L'iode de ce médicament peut traverser la peau (en

Exploitant

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser BETADINE 10%, gel après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

Après première ouverture, le produit peut être conservé 6 mois.

Les médicaments ne doivent pas être jetés
tout-à-l'égout ou
Demandez à votre pharmacien
médicaments inutiles
de protéger l'environnement

Distribué sous licence
- LAPROPHAN S.A. -
21, rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 32DH00

6. INFORMATION
Que contient BE

EXP: 05/2022
322477



LOT: 200 123
DLUO: 03/2023
87,00DH

toires Deva Pharma
AJADI Pharmacien Respo

Relax

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Relaxium B6 150

Oxyde de magnésium marin.....260 mg
équivalent en Magnésium150 mg
Vitamine B6.....1 mg

Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine,

Relaxium B6 300

COOPER PHARMA
PPC : 75,00 DH

Saforelle

LOT 18723 1
EXP 12 2021
P.P.V. 180.00

TER DE DEMANDER L'AVIS
OTRE MEDECIN OU DE
VOTRE PHARMACIEN.
AFIN D'EVITER D'EVENUELLES

CONDITION D
CE MEDICAME
SUR LA LISTE
SA DELIVRA
ETRE RENOU

LE MEDECIN
MENT INDIQU

Chlorhydrate de fluoxétine.



RAPEUTIQ

est un a

est préc
ressifs.

TIONS

IE DOIT

ans les

UT. AV. : 06 2022

P.P.V.

LOT N° : 277508

30 50

vous prenez des
(médicament du système ner
- allergie connue à ce médica
- enfants de moins de 15 ans.

EN CAS DE DOUTE IL EST
INDISPENSABLE DE DEMANDER
L'AVIS DE VOTRE MEDECIN
OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISE EN GARDE

Si vous prenez les IMAO, vous devez respecter un délai d'au moins deux semaines avant la prise de FLUOXET et si vous devez prendre des IMAO après un traitement avec le FLUOXET vous devez respecter un délai de cinq semaines entre les deux traitements.

En cas d'essoufflement ou de toux persistante, il faut prévenir votre médecin.

En cas d'éruption cutanée, prévenir immédiatement votre médecin.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Prévenir votre médecin :

- en cas de grossesse.
- en cas de maladie du foie.

L'allaitement est déconseillé pendant le traitement.

EN CAS DE DOUTE NE PAS

Ce médicament pouvant modifier l'attention et les capacités de réaction, il convient d'en tenir compte en cas de conduite de véhicules ou d'utilisation de machines.

AUTRES EFFETS POSSIBLES DU MEDICAMENT

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MEDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS.

Au cours du traitement il est possible que surviennent des troubles digestifs (nausées, vomissement, bouche sèche) Les éruptions cutanées, des douleurs articulaires, de la fièvre, des troubles du foie, des troubles psychiques, une perte de poids : Prévenez votre médecin.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

La posologie moyenne est de 20 mg/jour soit une gélule par jour. DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

DUREE DE
NE PAS DEPA
LIMITE D'U
INDIQUEE E
L'EMBALLAGE
A conserver en

PRESENTATIO
FLUOXET 20 r
Boîte de 10, 20
LISTE I (TABL