

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de

ent, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est

pour toute demande de remboursement.

ou de traitement canaux.

prescripteur et renouvelée tous les 6



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-775685

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) *Mlle 1161 - RAM*

Matricule : *1161* Secrétaire : *1161 - RAM*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : *Essamili El Mokhammad*

Date de naissance : *30 juin 1950*

Adresse : *Yasmine 1182 Abdel M WIFAQ*
Tamara

Tél. : *0661134122* Total des frais engagés : *551,20* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

O.R.I.
Pr. à la Faculté de Rabat
8, Av. My Slimane (Face Willaya)
Tél.: 05 37 73 24 05
INPE : 101047918

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BOUALILA RADMA

Age : *1953*

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

VPP3

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

Rabat
8/31/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31 MAR 2015	and	and	4000H	INP: <u>018111</u> Pr. à la Faculté de Médecine Av. My Slimane (Face V) Tél.: 05 37 73 24 05 INPE : 101047918

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE SEMLA 37, RES HALIMA 1- M SIDI MOUSSA- SALE Tel : 05 37 88 45 60	Date 31/3/23	Montant de la Facture 151,20 DHS
--	-----------------	-------------------------------------

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

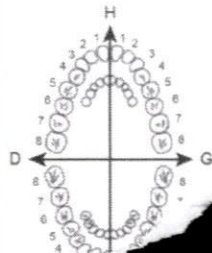
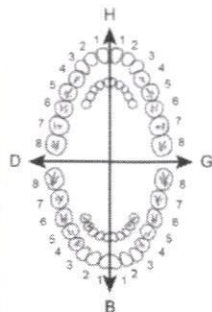
[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H		
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
D	00000000	00000000	G
	35533411	11433553	
	B		

(Création, remaniement)
Fonctionnel. Théoriquement, la





عيادة الدكتور الأيوبي

CABINET PROFESSEUR EL AYOUBI

pay
comuni

Rabat, le

31 MAI 2023

Pr. EL AYOUBI
O.R.L.
Pr. à la Faculté de Rabat
8, Av. Moulay Slimane (Face Wilaya)
Tél.: 05 37 73 24 05
INPE: 101047918

BOUAWLA

FARM

5100X3
TANGA NIK

500

2
F

Ph

2
S

15j

1

0

2

15j

153,01

PHARMACIE SEMLA
37, RES HAUMA 1- M9
SIDI MOUSSA SALE
Tél : 05 37 89 45 60

Pr. EL AYOUBI
O.R.L.
Pr. à la Faculté de Rabat
8, Av. Moulay Slimane (Face Wilaya)
Tél.: 05 37 73 24 05
INPE: 101047918

8, شارع مولاي سليمان الإقامة الطبية (مقابل الولاية) الرباط - الهاتف : 05 37 73 24 05 - الفاكس : 05 37 20 16 51

8, Av. Moulay Slimane, Résidence Royale (Face à la Wilaya) Rabat - Tél. : 05.37.73.24.05 - Fax : 05.37.20.16.51

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU
CHIRURGIE DU NEZ ET DES SINUS
CHIRURGIE DE L'OREILLE

Pr. S. ELAYOUBI
O.R.L.
Pr. à la Faculté de Rabat
8, Av. Moulay Slimane (Face Wilaya)
Tél.: 05 37 73 24 05
Fax: 05 37 20 16 51

Rabat, le 31 MARS 2023

NOTE D'HONORAIRES

ICE : 001769903000057

Le Docteur :

Présente à M. : Bouatila Fadma

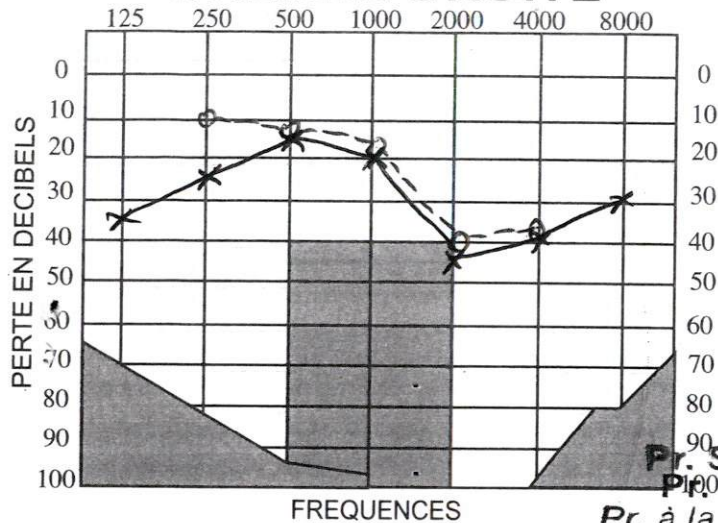
sa note d'honoraires s'élevant à la somme de 4000H

pour l'acte : Audiométrie

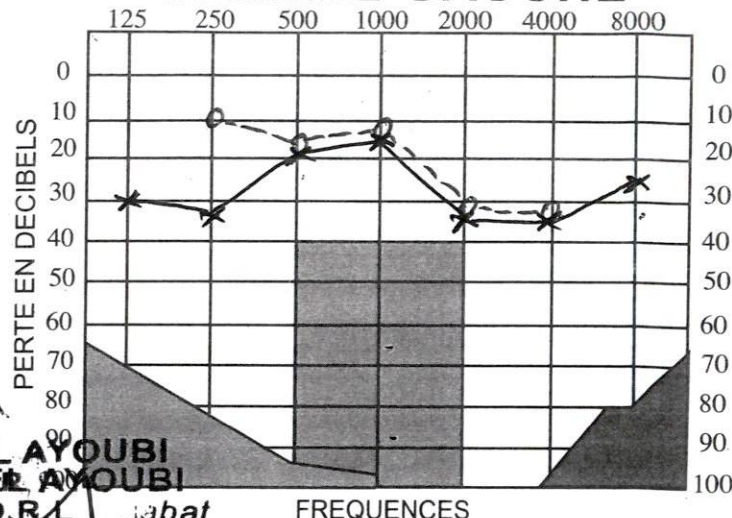
et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Pr. S. ELAYOUBI
O.R.L.
Pr. à la Faculté de Rabat
8, Av. Moulay Slimane (Face Wilaya)
Tél.: 05 37 73 24 05
Fax: 05 37 20 16 51

OREILLE DROITE



OREILLE GAUCHE



Pr. S. EL AYOUBI
Pr. S. EL AYOUBI

Pr. à la Faculté de Médecine
8, Av. My Slimane (Face Villaya)
Tél.: 05 37 73 24 05
INPE : 101047918

WEBER

وزن السمع

AUDIOMETRIE

IMPEDANCEMETRIE

250	500	1000	2000
↔	↔	↔	↔

NOM : Bouelila Fadma

DATE : 31 MARS 2023

الاسم :

التاريخ :

عن طريق الفم | Voie Orale

أستينيل لوسين | Acetylleucine

500 ملج ٢ تاخانيل قرص Tanganil® 500 mg comprimé

Indication d'utilisation :

Ce médicament est préconisé
dans le traitement symptomatique
de la crise vertigineuse.

الارشادات العلاجية:
ينصح بهذا الدواء في معالجة
أعراض نوبة الدوار.

Fabricant :

Pierre Fabre Médicament Production
Site PROGIPHARM
Rue du lycée 45500 Gien - France

Titulaire de l'AMM au MAROC :

Laboratoires MAPHAR
Boulevard Alkimia N°6 - Quartier Industriel Sidi Bernoussi
Casablanca - Maroc

مédicament non soumis
à prescription médicale.
لا يخضع لوصفة طبية.



50,10

عن طريق الفم Voie Orale

استينيل لوسيتيل Acetyllicucine

500 mg ٥٠٠ ملج
Tanganil® 500 mg
قرص comprimé

Indication d'utilisation :

Ce médicament est préconisé
dans le traitement symptomatique
de la crise vertigineuse.

الإرشادات العلاجية:

ينصح بهذا الدواء في معالجة
أعراض نوبة الدوار.

Fabricant :

Pierre Fabre Médicament Production
Site PROGIPHARM
Rue du lycée 45500 Gien - France

Titulaire de l'AMM au MAROC :

Laboratoires MAPHAR
Boulevard Alkimia N°6 - Quartier Industriel Sidi Bernoussi
Casablanca - Maroc

مédicament non soumis
à prescription médicale.
لا يخضع لوصفة طبية.

50,10
DH

Maphar
Bd Alkimia N°6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tanganil 500mg cp b30
P.P.V : 50,10 DH

6 118001 183340



استیتیل لوسیتین | Acetyllicucine

١٤٦

728860