

# 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° P19- 0026765

ND: 32027

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 123456

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASSNA BEN HASSOUN

Date de naissance : 09/12/1983

Adresse : 26 Rue de l'Atlas apt n° 4 Haouif Casablanca

Tél. : 0670768884

Total des frais engagés : 450,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Lalla OUSI BEN OMAR  
Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie  
Laser  
14, Avenue des Nations Unies, Agdal, Rabat  
Tél: 52 51 79 951

Date de consultation : 18/05/2021

Nom et prénom du malade : Amina Ben Hassoun

Lien de parenté : Sœur

Nature de la maladie : Maladie de la peau

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

Signature de l'adhérent(e) : H.H

Le : 23/05/2021

## 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
de 19-05-2020	Acte	# 308 għan		

## EXECUTION DES ORDONNANCES.

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/05/2020	470,20 D.H.

## 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'ostéodensitométrie.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Docteur Laïla OUSI BEN OMAR  
Spécialiste en Dermatologie Vénéréologie Laser  
Diplômée de la Faculté de médecine de Lille  
Tél. : 05-37-77-79-95  
05-37-77-77-65

Laïla Ben chegren Ifa nis.

Rabat le 19 - 05 - 2020

69.00 x 4

10 | tetis lef tel 300

x 02

ol gel 18 | le 85

ms

= 04

bois

87,10 x 2

20 | Rozex gel

x 02 ms

010 | 18 | le 85 | mez - jee - mention

30 | Rubiodalm A R éléelle

je - mention

très le matin, 2pds  
et pds le jee né

la triballe | visage.  
en cas de pochette  
et hiver

40 | eeee thermate

synthétion de chafier

450,20

en cas de pochette  
Dr. Laïla OUSI BEN OMAR  
Spécialiste en Dermatologie Vénéréologie  
Laser  
14, Avenue des Nations Unies, Agdal, Rabat  
Tél. : 05-37-77-79-95



Adresse : 14, Avenue des Nations Unies, Agdal Rabat

Tél. : 05-37-77-79-95

ICE : 0016665771000076

05-37-77-77-65

INP : 101117182

50 | Anthéol teinte

18 | le 85

ال تاريخ الأقصى للاستعمال :  
رقم جملة :  
Date d'utilisation :  
de fabrication :

04 2022  
810

Tetralysal®

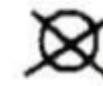
lymécycline

16 GELULES 16 كبسولة

voie orale - الفم

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
A.M.M N°26 D.M.P/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800



ليميسيكلين

300 mg

ج. 300

GALDERMA

ال تاريخ الأقصى للاستعمال :  
رقم جملة :  
Date d'utilisation :  
de fabrication :

04 2022  
810

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES 16 كبسولة

voie orale - الفم

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
A.M.M N°26 D.M.P/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800



ليميسيكلين

300 mg

ج. 300

GALDERMA

ال تاريخ الأقصى للاستعمال :  
رقم جملة :  
Date d'utilisation :  
de fabrication :

04 2022  
810

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES 16 كبسولة

voie orale - الفم

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
A.M.M N°26 D.M.P/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800



ليميسيكلين

300 mg

ج. 300

GALDERMA

ال تاريخ الأقصى للاستعمال :  
رقم جملة :  
Date d'utilisation :  
de fabrication :

04 2022  
810

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES 16 كبسولة

voie orale - الفم

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
A.M.M N°26 D.M.P/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800



ليميسيكلين

300 mg

ج. 300

GALDERMA

GEL

Voie cutanée

0,75%

GALDERMA

# Rozex

métronidazole

GEL

Voie cutanée

0,75%

30 g

GALDERMA

**COMPOSITION :**

Métronidazole ..... Pour 100 g de gel ..... 0,75 g

Excipients à effet notoire : parahydroxybenzoates de méthyle et de propyle (E218 et E216).

Autres excipients : carbomère (carbopol 980), édétate de sodium, hydroxyde de sodium, eau purifiée.

Lire la notice avant utilisation.

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

**PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION :**

Ce médicament doit être conservé à une température ambiante.



Médicament autorisé N° 34009 333 669 2 6

Titulaire / Exploitant :  
**GALDERMA INTERNATIONAL**  
TOUR EUROPLAZA - LA DÉFENSE 4  
20, AVENUE ANDRÉ PROTHIN  
92927 LA DÉFENSE CEDEX

Fabricant :  
**LABORATOIRES GALDERMA**  
ZONE INDUSTRIELLE - MONTDÉSIR  
74540 ALBY SUR THÉRAN

3



**ROZEX 0,75 %**

Gel pour application cutanée tube de 30 g  
AMM N°90 DMP/21/NRQ

PPV: 87,10 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070510

**LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**

**NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS**

GEL

Voie cutanée

0,75%

GALDERMA

# Rozex

métronidazole

GEL

Voie cutanée

0,75%

30 g

GALDERMA

**COMPOSITION :**

Métronidazole ..... Pour 100 g de gel ..... 0,75 g

Excipients à effet notoire : parahydroxybenzoates de méthyle et de propyle (E218 et E216).

Autres excipients : carbomère (carbopol 980), édétate de sodium, hydroxyde de sodium, eau purifiée.

Lire la notice avant utilisation.

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

**PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION :**

Ce médicament doit être conservé à une température ambiante.



Médicament autorisé N° 34009 333 669 2 6

Titulaire / Exploitant :  
**GALDERMA INTERNATIONAL**  
TOUR EUROPLAZA - LA DÉFENSE 4  
20, AVENUE ANDRÉ PROTHIN  
92927 LA DÉFENSE CEDEX

Fabricant :  
**LABORATOIRES GALDERMA**  
ZONE INDUSTRIELLE - MONTDÉSIR  
74540 ALBY SUR THÉRAN

3



**ROZEX 0,75 %**

Gel pour application cutanée tube de 30 g  
AMM N°90 DMP/21/NRQ

PPV: 87,10 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070510

**LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**

**NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS**