

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **ptique :**

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.

SN  
N°: 36772

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0002841**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 12633 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

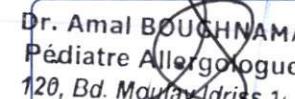
Nom & Prénom : RAOUI TASSI / AYAH Date de naissance : 10/10/1988

Adresse : La perle, Nouaceur 1, 57112 Apt 11 Nouaceur - Casa

Tél. : 06 70 26 35 62 Total des frais engagés : 797 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
Pédiatre Allergologue  
120, Bd. Mouloud Driess 1c

11 AOUT 2020

Date de consultation : 08.03.2020

Nom et prénom du malade : RAOUI TASSI / AYAH Age : Camelis

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Vaccination obligatoire

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) : Amal

Le : 13 AOUT 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
09.03.20	El	④	250	NP : 091036160 Dr. Amal BOUGHNAMA Pédiatre Allergologue 20, Bd. Moulay Idriss 101

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ELMANIA SOCIETE DE LA 1430 Bd MY OSSAMA Télé: 032 86 22 45 - Casablanca	09/03/20	547,10

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	</td			

Dr. Amal Boughnاما

Pédiatre - Allergologue  
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغناما

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع  
أمراض الحساسية والربو  
الطب المثيل

Casablanca, le ..... 09.03.2020

Nourrisson MOUNTASSIR Camelia

Poids : 8,75 Kg

Age : 13 mois 2 jours

390-

1 VARIVAX pdre/solv p susp inj : Fl pdre/1

157.10

2 MMR

544.10



PHARMACIE DE LA SÉCOURISTE  
Nada El Mawarid 130, Bd Moulai Idriss 1er, Casablanca  
Tél. : 0522 86 22 55 - 0522 86 22 56 - Casablanca

الدكتورة أمل بوغناما  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
120, Bd. M. Idriss 1er - Casablanca  
Tél. : 0522 86 02 59

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

**VARIVAX®**

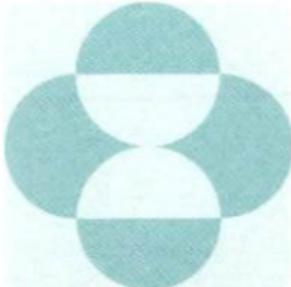
(Virus de la varicelle vivant atténué  
[souche Oka/Merck])

Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon unidose 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال

**فاريفاكس®**

فيروس داء الحصبة مولن سلالة أوكا / ميرك  
فلورورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح  
و فلورورة ذات جرعة واحدة 0.7 من مخفف لإعادة التشكيل



**MSD**

A conserver au réfrigérateur entre +2°C et +8°C, à l'abri de la lumière.

A utiliser dans les 30 minutes suivant la reconstitution.

**Le vaccin doit être administré immédiatement après la reconstitution afin de préserver son efficacité.**

**Jetez le vaccin s'il n'a pas été utilisé dans les 30 minutes qui suivent sa préparation.**

**Ne pas congelez le vaccin reconstitué.**

**Consultez la notice pour des informations détaillées sur les instructions d'utilisation.**

يحفظ في درجة حرارة بين 2 و 8 درجة مئوية بعيدا عن الضوء.

حفظا على الفاعلية، يتم استخدام اللقاح في 30 دقائق بعد إعادة تشكيله.

خلال ذلك تخلص منه

لا يجمد اللقاح بعد إعادة تشكيله.

يرجاء قراءة النشرة الداخلية للحصول على تعليمات مفصلة حول الاستخدام

Par voie sous-cutanée uniquement.

Ne pas injecter par voie intravasculaire ou intramusculaire.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Chaque dose de 0,5 ml de vaccin\* reconstitué contient : un minimum de 1.350 UFP (unités formatrices de plaque) de virus de la varicelle (souche Oka/Merck).

\*produit sur des cellules diploïdes humaines (MRC-5)

Excipients: saccharose, gélatine hydrolysée, urée, chlorure de sodium, L-glutamate monosodique, phosphate disodique, phosphate monopotassique et chlorure de potassium.

يحقن تحت الجلد فقط

لا يحقن داخل الأوعية الدموية أو في العضلة

اقرأ التعليمات بعناية قبل الاستخدام

يحتوي كل 0,5 مل من اللقاح\* المعد تشكيله على الحد الأدنى 1350 PFU (وحدات تشكيل الوحدات) من فيروس الحصبة (سلالة أوكا / ميرك).

\*انتجت على خلايا بشرية شانية الصبغة (MRC-5)

السواغات: السكروز، الجيلاتين الهيدرويلز، البوريا، كلور الصوديوم، L-ال GLUTAMATE المونوسودي (L-), فوسفات ثالثي الصوديوم، فوسفاط احادي البوتاسيوم، كلور البوتاسيوم.

**Respecter les doses prescrites**  
**احترموا الجرعت الموصفة**

Uniquement sur ordonnance – Liste I

يصرف فقط بوجود وصفة طبية - قائمة 1

صيغة مبردة مستقرة

**Titulaire de l'AMM et fabricant/ صاحب رخصة التسويق والمصنع**  
Merck Sharp & Dohme Corp.

770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4  
West Point, Pennsylvania, 19486,  
الولايات المتحدة الأمريكية/  
Formulation réfrigérée stable.

**Libéré par/ يتم اصدار التشغيلة من قبل**  
Merck Sharp & Dohme BV  
Waarderweg 39, P.O. 581  
2031 BN, 2003 PC Haarlem  
هولندا/  
 Pays-Bas

**VARIVAX® vaccin**  
Suspension injectable  
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml  
P.P.V. 390,00 DH  
AMM 180/14 DMP/21/NNP  
Distribué par MSD Maroc.



