

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR GARDER 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.

## 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 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- 059920

16921

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12281 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RMAÏL MOUHSINE

Date de naissance : 11/09/78

Adresse : PARC PLAZA 1 IMMEUBLE N° 6  
MOHAMMED VIA

Tél. : 563 52 55 29

Total des frais engagés : 61480 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Jalal EL OUDGHIRI  
Pédiatre  
35, Avenue 2 Mars Casablanca 20490  
INP : 091059758

Date de consultation : 19/10/2020

Nom et prénom du malade : Rmaïl sophie

Age : 2 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AFFECTION Pédiatrique

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 : ..... / ..... / .....

## 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
19 10 20	5	1	250,00	Dr. J. DEL PEREIRA - Médecin - 1 Avenue 2 Mars - 1000 Bruxelles - Belgique - Tél: 02 211 75 34

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
13 Bd KISSARIAT AL MOSTAKBÈ 701 023 511	19.12.2020	364,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 MÉTIERS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la maladie 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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

---

---

---

---

---

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## Coefficient des travaux

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
REVIS

DOCTEUR JALAL EL OUDGHIRI

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Néonatalogie - Urgence

Endocrinologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Dijon

Ancien Médecin des hôpitaux de France



الدكتور جلال الودغيري

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

إنعاش الرضيع - المستعجلات

مختص في أمراض الغدد عند الطفل

خريج كلية الطب ديجون

طبيب سابق بالمستشفيات الفرنسية

19/10/2020

RMAIL SOPHIA

Age: 1 ans 11 mois 3 jours

Poids: 13,90 Kg

364,00 ° Varivax



Dr. Jalal El OUDGHIRI  
Pédiatre  
35 Avenue 2 Mars Casablanca 20490  
INP: 091059158

Pharmacie Al Mostakbar  
Dr. MADOUIM Younes  
Dr. Kissiriot AL MOSTAKBAR  
13 Bd MOULAY ABDELLAH  
Tel: 023.34.94.21

35, Avenue 2 Mars, Résidence Lalla Habiba - 1<sup>ère</sup> Etage - Casablanca. Tél. : 05 22 26 52 35 - GSM : 06 61 21 70 23

Fax : 05 22 29 39 73 - E-mail : drjalaleoudghiri@gmail.com

Urgence : Clinique Les Crêtes. 528 Bd Panoramique - Tél. : 05 22 21 20 40

## Informations au patient concernant

# VARIVAX®

## Vaccin à virus vivant contre la varicelle

### VARIVAX®

poudre et solvant pour suspension injectable,  
flacon unidose 0,5 ml après reconstitution/Boîte unitaire  
P.P.V. : 364.00 DH  
N°AMM 789/16 DMP /21/ NSF  
Distribué par MSD Maroc



La re a à vi pharmaciens. La re remplace aucunement une discussion avec votre médecin ou votre pharmacien au sujet de VARIVAX. Seul votre médecin peut décider si VARIVAX vous convient ou convient à votre enfant.

### Qu'est-ce qu'est VARIVAX et comment agit-il?

VARIVAX est également connu sous le nom de vaccin à virus vivant contre la varicelle. Il s'agit d'un vaccin à virus vivant administré sous forme d'injection. Il contribue à prévenir la varicelle.

VARIVAX contient une forme affaiblie du virus de la varicelle.

VARIVAX agit en aidant le système immunitaire à vous protéger ou protéger votre enfant contre la varicelle.

VARIVAX peut ne pas protéger tous ceux qui le reçoivent.

VARIVAX ne traite pas la varicelle une fois que vous ou votre enfant l'aurez contracté.

### Que faut-il savoir sur la varicelle?

La varicelle est une maladie qui survient le plus souvent chez les enfants âgés de 5 à 9 ans. Elle peut être transmise aux autres personnes. La

- avez eu une réaction allergique à tout autre vaccin.
- êtes enceinte ou prévoyez une grossesse au cours des trois mois suivant la vaccination.
- allaitez.

### Comment VARIVAX est-il administré ?

VARIVAX est administré sous forme d'injection à des individus âgés de 12 mois ou plus. Si votre enfant est âgé entre 12 mois et 12 ans et que votre médecin prescrit une deuxième dose, celle-ci doit être administrée au moins 3 mois après la première injection.

Une deuxième dose doit être administrée aux patients ayant reçu le vaccin la première fois à l'âge de 13 ans ou plus. Cette deuxième dose doit être administrée 4 à 8 semaines après la première.

Votre médecin ou praticien se référeront aux recommandations officielles pour déterminer le nombre d'injections nécessaires et quand les recevoir.

En cas d'oubli d'une dose, votre médecin vous informera du moment idéal pour la recevoir.

### Que devez-vous ou votre enfant éviter après administration de VARIVAX ?

Ne prenez pas de l'aspirine ou des produits contenant de l'aspirine pendant 6 semaines après avoir reçu VARIVAX.

Il est rare, mais possible, de transmettre le virus de la varicelle à d'autres personnes, après avoir reçu le vaccin. Essayez d'éviter, autant que possible, tout contact avec certains groupes de personnes jusqu'à six semaines après avoir reçu le vaccin. Ceci en raison de la sévérité de la maladie chez ces groupes de personnes. Ces groupes comprennent :

- les personnes ayant un système immunitaire affaibli