

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

Généralités :

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.

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.

59453

Déclaration de Maladie : N° S19-0003749

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7906 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUHAIL Fatima Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.35.54.84 Total des frais engagés : 641.100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Maladie longue durée

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie eût 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 : 17/01/2019

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA TILLE MONTAUBAN 82100	01/02/04	641,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

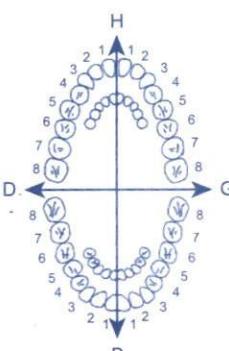
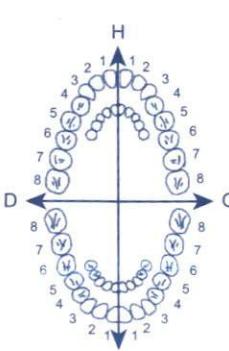
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX																
																				
																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	21433552	D	00000000	B	00000000	35533411	11433553	<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	D	00000000	B	00000000	35533411	11433553
H	21433552																			
D	00000000																			
B	00000000																			
35533411	11433553																			
H	21433552																			
D	00000000																			
B	00000000																			
35533411	11433553																			
				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



PHARMACIE IBN TAIMIA
LOT ALADARISSA N°119 SIDI MAAROUF CASA

PHD MICROBIOLOGIE
DEUST Dermopharmacie et Cosmetologie
DEUS Pharmacie Clinique

R.C :337980 Patente:36102085
T.V.A :77300610 C.N.S.S:2300771
Banque:013780010710002170014148
Tél :0522335225

Le 01/02/2021

FACTURE N°262117

SOUAL FATIMA

N° ICE : 001683360000085

N° IF : 77300610

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
4	CACIT 1000 MG 30 CPF	107,70	430,80	28,18	7,00
6	HYDROCORTISONE 10 MG 25 CPS	35,10	210,60	13,78	7,00

6 118001 040049
Fabricant : HERMES PHARMA GmbH
ALLGÄU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

6 118001 040049
Fabricant : HERMES PHARMA GmbH
ALLGÄU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

6 118001 040049
Fabricant : HERMES PHARMA GmbH
ALLGÄU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

6 118001 040049
Fabricant : HERMES PHARMA GmbH
ALLGÄU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

TOTAL T.T.C :

641,40

Nbr Articles	TVA 7% Base :	641,40	Montant :	41,96	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--	---------

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Six Cent Quarante Un dirhams et 40 centimes.*

FORMATION DE L'UTILISATEUR

cortisone Roussel® 10 mg, comprimé

cortisone

attentivement cette notice avant de médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

La notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire. Pour d'autres questions, interrogez votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait être nocif, même si les signes de leur maladie sont aux vôtres.

Si vous avez un quelconque effet indésirable, contactez votre médecin ou votre pharmacien. Ceci concerne aussi à tout effet indésirable qui ne serait mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

cette notice :

ce Hydrocortisone Roussel et dans quels cas

et les informations à connaître avant de prendre Hydrocortisone Roussel. Concernant les effets indésirables éventuels, conservez Hydrocortisone Roussel dans l'emballage et autres informations.

QUE Hydrocortisone Roussel ET DANS QUels CAS EST-IL UTILISE

ATC : H02AB09

Maphar

Km 10, Route Côtier 111,
Qf Zenata Ain seba Casablanca

Hydrocortisone 10mg b/25 c
P.P.V : 35,10 DH



Ce médicament contient du lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou du

Avant le traitement, pré

Si vos reins ne fonctionnent pas bien, il est important de garder

Pendant et après le tra

Prévenez le médecin que vous prenez ce médicament si vous devez faire une intervention chirurgicale ou si vous êtes dans une situation de stress (hiver, exposition à une chaleur importante, infection, maladie, traumatisme). Dans ces cas, votre médecin peut décider d'augmenter les doses.

Les corticoïdes oraux ou i.v. peuvent entraîner l'apparition de tendinopathies tendineuses (exceptionnellement cas d'apparition de douleurs articulaires). Prévenez votre médecin si vous avez des douleurs articulaires ou d'autres troubles visuels.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

Grossesse et allaitement

Votre médecin peut être amené, si nécessaire, à vous

Maphar

Km 10, Route Côtier 111,
Qf Zenata Ain seba Casablanca
Hydrocortisone 10mg b/25 c
P.P.V : 35,10 DH



Maphar

Km 10, Route Côtier 111,
Qf Zenata Ain seba Casablanca
Hydrocortisone 10mg b/25 c
P.P.V : 35,10 DH



FORMATION DE L'UTILISATEUR

cortisone Roussel® 10 mg, comprimé

cortisone

attentivement cette notice avant de médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

La notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire. Pour d'autres questions, interrogez votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait être nocif, même si les signes de leur maladie sont aux vôtres.

Si vous avez un quelconque effet indésirable, contactez votre médecin ou votre pharmacien. Ceci concerne aussi à tout effet indésirable qui ne serait mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

cette notice :

ce Hydrocortisone Roussel et dans quels cas

et les informations à connaître avant de prendre Hydrocortisone Roussel. Concernant les effets indésirables éventuels, conservez Hydrocortisone Roussel dans l'emballage et autres informations.

QUE Hydrocortisone Roussel ET DANS QUels CAS EST-IL UTILISE

ATC : H02AB09

Maphar

Km 10, Route Côtier 111,
Qf Zenata Ain seba Casablanca

Hydrocortisone 10mg b/25 c
P.P.V : 35,10 DH



Ce médicament contient du lactose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou du

Avant le traitement, pré

Si vos reins ne fonctionnent pas bien, il est important de garder

Pendant et après le tra

Prévenez le médecin que vous prenez ce médicament si vous devez faire une intervention chirurgicale ou si vous êtes dans une situation de stress (hiver, exposition à une chaleur importante, infection, maladie, traumatisme). Dans ces cas, votre médecin peut décider d'augmenter les doses.

Les corticoïdes oraux ou i.v. peuvent entraîner l'apparition de tendinopathies tendineuses (exceptionnellement cas d'apparition de douleurs dans les tendons). Prévenez votre médecin si vous avez des douleurs dans les tendons.

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

Grossesse et allaitement

Votre médecin peut être amené, si nécessaire, à vous

Maphar

Km 10, Route Côtier 111,
Qf Zenata Ain seba Casablanca

Hydrocortisone 10mg b/25 c
P.P.V : 35,10 DH



Maphar

Km 10, Route Côtier 111,
Qf Zenata Ain seba Casablanca

Hydrocortisone 10mg b/25 c
P.P.V : 35,10 DH

