

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 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.



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

Déclaration de Maladie

Nº W21-629790

82589

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6884	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Benjelloun Tewfiki Amelle			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés :		
	Dhs		

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <p>Date de consultation :</p> <p>Nom et prénom du malade : Age :</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous l'confidence à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.</p>	<p>INPE : 0910827 I.C.E: 0016978600</p> <p>Spécialiste en Rhumatologie</p> <p>Résidence de Abdellahine et Rue Soumara</p> <p>Angle Bd Abdellahine 3, 98 02 39 / 98 02 28 - GSM : 0651 98 98 05</p> <p>Tel : 0529 98 02 39 / 98 02 28 - Etage N° 3 - Casablanca</p>
---	--

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 :

e) : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KAHJAJMA Nadia ZEMMAMA Shara Residence Taghazout 21-05-22 20:28:57	21.05.2021	580,80

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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.																			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	Nature des Soins <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> Z	Coefficient <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 															
						MONTANTS DES SOINS 													
								DEBUT D'EXECUTION 											
										FIN D'EXECUTION 									
												COEFFICIENT DES TRAVAUX 							
														MONTANTS DES SOINS 					
																DATE DU DEVIS 			
																		ODF PROTHESSES DENTAIRES 	
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
<hr/>																			
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

Dr. Houda Kadiri Mekouar

الدكتورة هدى القادري مكوار

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE
MALADIE DES OS ET DES ARTICULATIONS

متخصصة في أمراض المفاصل (الروماتيزم)
و العظام

Casablanca, le

21/6/2021

Rue Beyleveldn Primus Aussa

Tobacco Stop (386) —
19360X3

10/12m devant le 177

petit déjeuner avec un friend
Terre d'eau et jus

Mallmer
T = 580.80

PHARMACIE RAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Château Résidence Taghazout
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

Dr Houda KADIRI MEKOUEAR
Spécialiste en Rhumatologie
Angle Bd. Abdelmoumen et rue Soumaya
Résidence Sherazade III, 1^{er} Etage, N°3 - Casablanca
Tel.: 0522 98 02 39 / 0522 98 03 28 Gsm : 0651 58 98 05

زاوية شارع عبد المؤمن وزنقة سومية، إقامة شهزاد III، الطابق الأول رقم 3 الدار البيضاء - الهاتف: 0651 58 98 05 / 0522 98 02 39/98 03 28
Angle Bd. Abdelmoumen et rue Soumaya, Résidence Sherazade III, 1^{er} Etage, N°3 - Casablanca - Tél : 0522 98 02 39/98 03 28 / 0651 58 98 05



FOSAVANCE®

70 mg/5 600 UI

comprimés
Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

Hebdomadaire.

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du saccharose. Voir la notice pour plus d'informations.

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

Titulaire de l'AMM:

Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39, 2031 BN,
Haarlem, Pays-Bas



Fabriquant:
FROSST BEERICA S.A.
via Complutense, 140
28805 Alcalá de Henares
Madrid - Espagne

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol

FOSAVANCE® 70 mg/5 600 UI

comprimés

Chaque comprimé contient 70 mg d'acide alendronique (sous forme monosodique trihydrate) et 140 microgrammes (5 600 UI) de colécalciférol (vitamine D₃).

À conserver dans la plaquette thermoformée d'origine à l'abri de l'humidité et de la lumière.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS
LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

70058199700-1
AWW/24/17 DRP/21/NQ



Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

Lot T 042 36
EXP 05-2022

70065194
00-1
6746



FOSAVANCE®

70 mg/5 600 UI

comprimés
Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

Hebdomadaire.

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du saccharose. Voir la notice pour plus d'informations.

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

Titulaire de l'AMM:

Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39, 2031 BN,
Haarlem, Pays-Bas



Fabriquant:
FROSST BEERICA S.A.
via Complutense, 140
28805 Alcalá de Henares
Madrid - Espagne

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol

FOSAVANCE® 70 mg/5 600 UI

comprimés

Chaque comprimé contient 70 mg d'acide alendronique (sous forme monosodique trihydrate) et 140 microgrammes (5 600 UI) de colécalciférol (vitamine D₃).
À conserver dans la plaquette thermoformée d'origine à l'abri de l'humidité et de la lumière.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

70065194
00-1
6746

8

70058199/00-1
AWH/24/17 DRP/21/NQ



Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

Lot T 042 36
EXP 05-2022



FOSAVANCE®

70 mg/5 600 UI

comprimés
Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

Hebdomadaire.

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du saccharose. Voir la notice pour plus d'informations.

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

Titulaire de l'AMM:

Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39, 2031 BN,
Haarlem, Pays-Bas



Fabriquant:
FROSST BEERICA S.A.
via Complutense, 140
28805 Alcalá de Henares
Madrid - Espagne

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol

FOSAVANCE® 70 mg/5 600 UI

comprimés

Chaque comprimé contient 70 mg d'acide alendronique (sous forme monosodique trihydrate) et 140 microgrammes (5 600 UI) de colécalciférol (vitamine D₃).
À conserver dans la plaquette thermoformée d'origine à l'abri de l'humidité et de la lumière.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS
LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

70065194
00-1
6746

8

70058199/00-1
AWH/24/17 DRP/21/NQ



Fosavance 560 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

Lot T 042 36
EXP 05-2022