

# 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.

## Educations :

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.

## Maladie :

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.



CA

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0022494**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 552 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RAJI HADDAOU Date de naissance : 01/01/1940  
Adresse : SAFI  
Tél : 0651088858 Total des frais engagés : 582,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ABOUDAR Med  
Docteur en Médecine Générale  
et Spécialiste :  
Neuro-Psychiatre  
Tel : 05 24 46 41 87

Date de consultation : 07/10/2019  
Nom et prénom du malade : RAJI HADDAOU Age : 1940  
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 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

Le : 25/10/19

Signature de l'adhérent(e) : RAJI HADDAOU



RELEVÉ 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
07/10/19	L2	1/12	25000	

[illegible][illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# DR. ABOUDAR MOHAMED

Docteur en Médecine

Spécialiste

NEURO-PSYCHIATRE

(Facultés de Médecine Bordeaux II et Hassan II)

Expert - Electro- Encéphalographie

(Faculté de Médecine Lyon - France)

Docteur en Médecine Générale

(Lauréat Faculté de Médecine

Avicenne - Rabat)

Echographie Clinique

(de la faculté de médecine de Montpellier-France)

- Ancien médecin attaché à l'hôpital le Vinatier,

Lyon - France

- Ancien médecin spécialiste attaché à l'hôpital

Averroès - Casablanca

- Ancien Chef de services

Expert Assermenté au près des tribunaux

du Maroc

# الدكتور أبو دار محمد

دكتور في الطب

إختصاصي

في الأمراض النفسية والعصبية والعقل والراس  
(خريج كليتي الطب ، بوردو II والحسن الثاني)

خبر + التخطيط للرأس

(خريج كلية الطب بليون بفرنسا)

دكتور في الطب العام

(خريج كلية الطب ابن سينا بالرباط)

الفتص بالصدي

(بكلية الطب بمونبولي بفرنسا)

- طبيب سابق بمستشفى لوغينايني

بليون بفرنسا)

- طبيب إختصاصي سابق بمستشفى

إبن رشد بالدار البيضاء

- طبيب رئيس مصلحة سابقا

خبر ملف لدى مناكم المملكة

Safi, le

07 OCT 2019

*(Handwritten notes and stamps)*

N= RAS HADDAU

صيدلية المسنوصف

PHARMACIE DU DISPENSAIRE

BENYAMMA Mohenimad

Docteur en Pharmacie

let Bouguerra

① DIURINAT 5 - 1 - 0 - 0

52.00

② ACTOCEPT 5 - 0 - 0 - 1

250.00

③ KRDEGICH 7 - 0 - 0 - 0

30.70

332.70

PHARMACIE DU DISPENSAIRE

BENYAMMA Mohenimad

Docteur en Pharmacie

let Bouguerra

PHARMACIE DU DISPENSAIRE

BENYAMMA Mohenimad

Docteur en Pharmacie

let Bouguerra

18/06/2019

PHARMACIE DU DISPENSAIRE

BENYAMMA Mohenimad

Docteur en Pharmacie

let Bouguerra

DOCTEUR ABOUDAR Med

Docteur en Médecine Générale

et Spécialiste:

Neuro-Psychiatre

15 شارع ابن خلدون ( أمام المحطة الرملية ) 06 15 38 13 66 / 05 24 46 41 87 أسفي

15 Bd. Ibn Khaldoune ( En face de la gare routière ) 06 15 38 13 66 / 05 24 46 41 87 Safi

Tel: 05 24 46 41 87



POLYMEDIC

Lot. : 0792 17  
Per. : Oct. 20  
PPV: 250,00 DH

P.-P.V : 300DH70



médicaments  
à votre  
passer les

19EU02  
01 2021

rdonnance de votre médecin  
prescrits.

**Voie orale**  
Tenir hors de la portée et  
Lire attentivement la notice  
Pas de précautions partici  
AMM N° 221/16DMP/21/1

**ACTACEPT<sup>®</sup> 5 mg**  
Donépézi  
30 comprimés pelliculés



c) **Fréquence et moment auxquels le médicament doit être administré, durée du traitement :**  
SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

intenu du sachet dans un grand verre. Ajouter de la dissolution totale est obtenue rapidement.

**voie d'administration :**

duite. Ce dosage faible d'aspirine n'est pas adapté en cas d'urgence médicale.  
ent ne sera administré que sur prescription médicale.  
e usuelle recommandée est de 1 sachet par jour.  
MER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE

**UTILISER CE MÉDICAMENT**

1. **DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS PREVENIR VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN**  
2. **GENÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA**  
3. **est déconseillé.**  
4. **ne passe dans le lait maternel. En conséquence,**  
5. **ame mois de la grossesse, de ne prendre aucun**  
6. **ement contenant de l'aspirine.**  
7. **rdonnance de votre médecin**

**COMME TO PERSONNES**

**5. EFFETS**

**continuez**

**1) Conduite**

**s'agit d'**

**le médi**

**Ne pas**

**e) Con**

**MED**

**SE C**

**d) 5 mg**

52,00

التركيب:  
الاسم العلمي: دوناپيزيل  
الاسم التجاري: ديوريمال  
كلبكتول كيميائي من فئة مضاد  
لأندالين السطحي قبل الأستعمال  
يحفظ بعيدا عن متناول دمرى الأطفال

**Diurimal<sup>®</sup>**

30 comprimés



118000 240303

احتياجا

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

**urant sur**

**6. CONS**

**MENTO**

**EFFECT N**

**SIGNAL**

**de tête: ils**

**ments**

**allergique**

**faut**

**ne, un**

**nt une**

**ris**

**donneur du**

**ormac, des**

**sements :**