

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.

Education :

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.

Orthopédie :

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 055566

ND: 35330

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3474 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABDELLERRAZAK SOUAD

Date de naissance :

25/09/53

Adresse :

3 Bd de la Gendarmerie A'N DIAZ

CASABLANCA

Tél. : 0661 338803 Total des frais engagés : 335 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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 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 : CASAB

Le : 4/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : 28 juillet 2020

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODR.

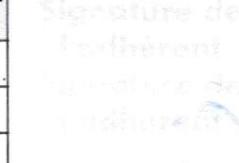
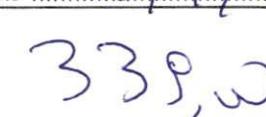
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					<input type="text"/>
					Montant des soins <input type="text"/>
					Début d'exécution <input type="text"/>
					Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>
		H			
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G		
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des soins <input type="text"/>
					Date du devis <input type="text"/>
					Fin de <input type="text"/>
Valeur de l'engagement du praticien et de l'assurance de la date			Valeur du montant du traitement et de la date d'exécution		
VOLET ADHERENT		NOM :			Mle
DECLARATION N°		W18-341079			
Date de Dépôt		Montant engagé		Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-341079

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme		
Nom & Prénom				
Fonction :	Phones			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
				
PHARMACIE		Date		
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

مركز طب وجراحة العيون بورگون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Abdellatif ZAKARRYA

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France

Membre de la Société française d'ophtalmologie

Certificat Moorfield Londres

Certificat Vitrectomie Schruns Autriche

Forces Armées Royales

د عبد الطيف زكرياء

طب و جراحة العيون بوردو فرنسا

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

شهادة العضوية لمورفيلد بلندن

شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا

طبيب القوات المسلحة الملكية

28 Juillet 2020

Mme ABDERRAZIK SOUAD

1/ BLEPHAGEL GEL



147 1 APPLICATION 2 FOIS PAR JOUR X 3 MOIS

2/ ZYLET COLLYRE



117 1 GOUTTE X 3 PAR JOURS X 15 JOURS

3/ LEVOPHTA: collyre



75. 2 Gouttes matin et soir, dans les 2 yeux 1 mois

338

PHARMACIE
PARANFA AIN DIAB SARJAU
Dr BENNANI Laila
Tel : 05 22 95 01

Dr. ZAKARRYA Abdellatif
CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE
LASEP - EXCIMER - ICGIO
Rue Sultan Abd el hafid Rés. ZAKARRYA
Bourgogne - Casablanca
Tel : 05 22 95 01 22 - 05 22 39 83 39

Agrée Pour le Permis de Conduire

معتمد لرخصة القيادة

05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22

زنقة السلطان عبد المجيد - إقامة زكرياء - بورگون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com

FR

Blephagel

Gel stérile pour l'hygiène quotidienne
des paupières et des cils.

Hypoallergénique, testé sous contrôle
ophtalmologique.

Sans conservateur, sans parabène,
sans alcool ni parfum.

Forme et présentation :

Gel stérile pour le nettoyage des paupières et des
cils.

Tube polydose airless™ (30 g).

Ingrédients :

Eau, poloxamer 188, PEG-9~ carbomer,
sodium hydroxide.

PPC 147.00 DH

Indications :

BLEPHAGEL est un gel stérile pour
les paupières

