

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.

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 055566

ND: 35380

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3474 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDEERRAZAK Soudad

Date de naissance : 29/09/53

Adresse : 3 Bd de la Gnuche AIN DIAB

CASABLANCA

Tél. : 0661 33888 Total des frais engagés : 335 pharmaciens 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 : CASABLANCA 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)																				
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				

Votre adresse et coordonnées du praticien	Votre adresse et coordonnées du patient
---	---

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		Mle
Nom & Prénom		
Fonction :	Phones :	
Mail :		
MEDECIN	Prénom du patient <i>Belmokhtar Benm</i>	
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 <i>28/07/2020</i>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>A</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
PHARMACIE		Date <i>28/7/2020</i>
Montant de la facture		<i>339,00</i>
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
Date :		
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
IV		

مركز طب وجراحة العيون بورغون 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 اللطيف 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 SARL AU
Dr BENNANI Laila
Tél : 05 22 95 01 01

Dr. ZAKARRYA Abdellatif
OPHTALMOLOGISTE
LASER - EXCIMER - IIGIO
Rue Sultan Abdelhamid Rés. Zakarrya
Bourgogne - CASABLANCA
Tél : 05 22 95 01 22 - 05 22 39 83 39

Agrée Pour le Permis de Conduire معتمد لرخصة السياقة

05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22

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

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

BLEPHAGEL est un gel stérile

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.

Indications :

Blephagel est un gel stérile pour
le nettoyage des paupières

PPC 147.00 DH

LEVOPHTA 0,05%
Collyre 5ml

LOT/عبارة: H5398
FAB/تاريخ الإنتاج: 11-2019
EXP/تاريخ الانتهاء: 10-2021

ZENITH PHARMA
PPV : 75,00 DHS
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr



- medecin.
- Si les symptômes
 - Si les symptômes
 - Cette notice

UR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT
Distribué par Zenith Pharma
ppv = 117,00 DHS

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que LEVOPHTA® 0,05 %, collyre ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser LEVOPHTA® 0,05%, collyre ?
3. Comment utiliser LEVOPHTA® 0,05 %, collyre ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver LEVOPHTA® 0,05 %, collyre ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST CE QUE LEVOPHTA® 0,05%, collyre ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

LEVOPHTA® contient une substance active, la lévocabastine. Cette substance appartient à la famille de médicaments appelés les anti-histaminiques. Ces médicaments bloquent la libération d'histamine dans l'organisme et diminuent ainsi les réactions allergiques (l'histamine joue un rôle important dans les allergies).

Ce médicament est utilisé pour traiter les symptômes liés à une conjonctivite allergique (yeux rouges, qui démangent, qui larmoient, yeux et/ou des paupières gonflés).

2. INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT D'UTILISER LEVOPHTA® 0,05%, collyre

N'utilisez jamais LEVOPHTA® 0,05 %, collyre

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans LEVOPHTA® 0,05 %, collyre.

Faites attention avec LEVOPHTA® 0,05 %, collyre