

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 canaux, 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 canaux.

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation | contact@mutipras.com |
| 0 Prise en charge | pre@mutipras.com |
| 0 Actes et changements de statut | actes@mutipras.com |

Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc - 144, rue de la Liberté - 20000 Agadir - Maroc
Tél : 0667 16 46 05 - Fax : 0667 16 46 06 - Email : contact@mutipras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-486367

23234

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

1679

Société

Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

AKKAZENE Mohamed

Date de naissance :

21-01-1954

Adresse :

Lotissement Zahra, Rue 8 n°1, Ain Chock

Tél :

0667164605

Total des frais engagés

2454,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

2009/01/07

Nom et prénom du malade :

Na Nera

Lien de parenté :

☐ Lui-même

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 fournis et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Agadir

Le :

02/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



02/12/19

S

2008/11

DR. BOUKHARIM M.
DENTISTE
Casablanca
Tél : 0622 914 111

Pharmacie Oued El Makhazine
Pharmacie Amine BENJANNI
Monsieur en Pharmacie
1 La Oued El Makhazine - 111 - 111 Casablanca
Tél : 0622 52 78 11 - Email : benjannid@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Praticien ou du Laboratoire	Date	Montant
	12-12-19	504,90
	IMP	

092046754

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
	04/12/19					1750,00 po

AL FIRDAUSI
202 Bd Mohammed VI
Casablanca
GSM : 06 48724173

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	D.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H D G B [Creation, remont, adjonction]	DATE DE LA PRESCRIPTION
			DATE DE LA PRESCRIPTION
			DATE DE LA PRESCRIPTION
			DATE DE LA PRESCRIPTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	DATE DE LA PRESCRIPTION
			DATE DE LA PRESCRIPTION
			DATE DE LA PRESCRIPTION
			DATE DE LA PRESCRIPTION

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie



الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

اللايزر.....

Casa le :

02 Décembre 2019

Mme ZOUGAGH Nassera

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets**

VL :

OD = + 2.00 (- 0.50 à 68°)

OG = + 1.25 (- 0.50 à 121°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.50

1/ LUMIXA COLLYRE

1 GTT 3 FOIS/ JOUR, les deux yeux, 3 Mois

2/ CROMABAK.COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 3 Mois

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N°5 Oulfa - Casablanca

Tél.: 05 22 91 41 11

T = 504,90

504,90
S.V.
2022
Casablanca
05 22 91 41 11

S.V.

149,00 x 3

54,90
S.V.

Pharmacie Oued EL Makharine
Mohamed Elmine BENNANI
Docteur en Pharmacie
Oued EL Makharine - Tel: 05 22 52 70 17 E-mail: bennani@orange.ma

Dr. BOUKSIM Malika
Ophthalmologiste
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N°5 Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 91 41 11

ALFIRDAOUSS VISION

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE

Tél : 0648724173

FACTURE

FACTURE N° : **531/2019**

CLIENT : **ZOUGAGH NASSERA**

DATE FACTURE : **04/12/2019**

DESIGNATION		PRIX TTC
Montures : 1	FULL EYES	300,00 DH
2	SNIPER	250,00 DH
Verres : OG1	VL ORMA ANTIREFLETS JAPAN LENS	250,00 DH
OD1	VL ORMA ANTIREFLETS JAPAN LENS	250,00 DH
OG2	VP ORMA ANTIREFLETS NATUREL BLEU JAPAN LENS	350,00 DH
OD2	VP ORMA ANTIREFLETS NATUREL BLEU JAPAN LENS	350,00 DH
Nomenclatures : OD : +2.00 (-0.50 à 68°) , Add = +2.50 ,Prisme = +0.00		
OG : +1.25 (-0.50 à 121°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00		

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

MILLE SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

PAYE PAR CHEQUE

Total TTC : 1 750,00 DH

Total HT : 1 458,33 DH

TVA 20% : 291,67 DH

Frais de Timbres : 0,00 DH

Montant Total Payé : 1 750,00 DH

428231

34700825

Code INPE



ICE 00223025300090

LUMIXA

**Solution Ophtalmique
Lubrifiante et Antioxydante
SANS CONSERVATEURS**

10 ml

LOT



LUMIXA

**Solution Ophtalmique
Lubrifiante et Antioxydante**

OPTOMED

Optomed Sarl 10, Rue de liberté apt 6
Casablanca - Maroc



Indication:

lire attentivement la notice
à l'intérieur de la boîte.



EDVICION

LUMIXA

P.P.C : 149Dh

F.to OM/01

LUMIXA

Solution Ophtalmique
Lubrifiante et Antioxydante
SANS CONSERVATEURS

10 ml

LOT



LUMIXA

Solution Ophtalmique
Lubrifiante et Antioxydante

 OPTOMED

Optomed Sarl 10, Rue de liberté apt 6
Casablanca - Maroc



Indication:

lire attentivement la notice
à l'intérieur de la boîte.



EDVICION

LUMIXA

P.P.C : 149Dh

F.to OM/01



Soyez prudent
Ne plus conduire
sans avoir lu la notice

Date de première ouverture /
تاريخ أول استعمال



CROMABAK 20 mg/ml
Collyre, flacon de 10 ml

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, 20110 Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 57.90 DH Enreg MA: n° 793/16DMP/21/NCV

Posologie / Dosage :
الغائر / الجرعات :

AR كروماباك 20 ملغ/مل

التكوين :

كروم غايكيت الصوديوم
20 ملغ/مل محلول .

قائمة المواد:

صورتينول، فوسفات ثنائي الصوديوم
انثي، عصر الهيدرلث، وفوسفات
أحادي الصوديوم ثنائي الهيدرلث، ماء
للمستحضرات القابلة للحقن .

حالات المحلول:

يستعمل هذا المحلول قطرات للعين
في علاج أعراض مرض العين
بسبب الحساسية (التهاب الملتحمة).

عن طريق العين .

يثرك بعيدا عن رؤية و متناول
الأطفال .

اقرأ بعناية هذه النشرة قبل أخذ هذا
الدواء .

تحفظ العبوة في الغلاف بعيدا عن
الضوء .

يجب عدم الاحتفاظ بهذا الدواء أكثر
من 08 أسابيع بعد أول استعمال .
لا يخضع هذا الدواء إلى وصفة
طبية .

AMM Maroc n° : 793/16DMP/21/NCV
رقم التسجيل بالمغرب: 793/16DMP/21/NCV

Théa

Cromabak®
20 mg/ml
Collyre en solution
Cromoglicate de sodium

10 ml

كروماباك®

20 ملغ/مل

محلول قطرات للعين

كروم غايكيت الصوديوم

10 مل

Sars
conservateur
بدون مادة حافظة