

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.

Diagnostique 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.

Prothèses :

- 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

- déclaration : contact@mupras.com
- prise en charge : pec@mupras.com
- adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

S : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie : N° P19- 0023223

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8933 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : ASSAL Abdelaziz Date de naissance : 14-04-1962
 Adresse : 39 Rue EZZAFRANE, Hay AL Houda Berrechid.
 Tél. : 0661523060 Total des frais engagés : 2845,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/07/2019

Nom et prénom du malade : ASSAL Abdelaziz

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.

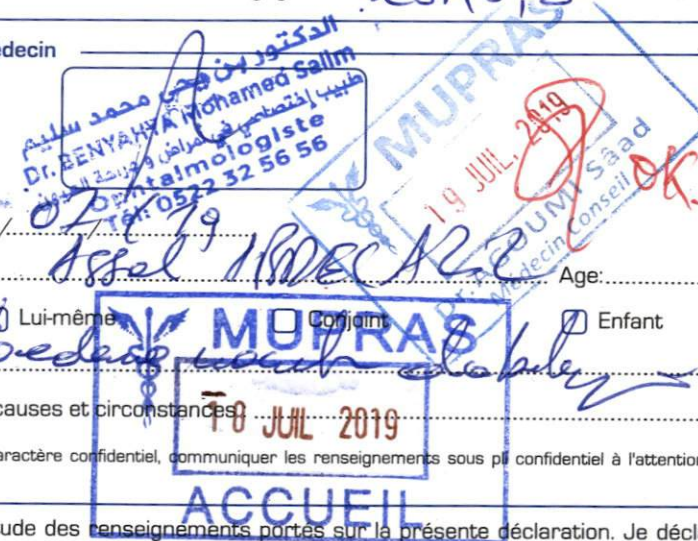
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 16/07/2019

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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 Règlement des Actes
13/07/19	Chyl	Chyl	2805,10	Dr. BENWAHYA Mohamed Ophthalmologiste Tél: 05 22 32 56 56 CLINIQUE THIRADA OASIS Ave. Abderrahmane Bouabid
13.07.2019	Fact. N° 124	09/19	2805,10	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Alla 8d Med V, Cité Al Wahda Locaux N°4 et 5, Berrechid Tél : 05 22 32 48 38	13/07/19	45,90

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

CLINIQUE JERRADA OASIS



مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le 13/07/2019

ASSAL Abdelaziz

45,90

ciloscane calypso



Pharmacie Alla

Bd Med V, Cité Al Wahda mm.
Locaux N°4 et 5. Berrechid
Tél : 05 22 32 48 38

1 y / 23 / 8

CLINIQUE JERRADA OASIS
Ave. Abderrahim Bouabid
CASABLANCA
Tél.: 05 22 23 81 81-Fax: 05 22 23 81 82

CILOXAN® 0,3%, collyre

Ciprofloxacin



CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO
406434

Veillez lire attentivement l'intégralité d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

DANS CETTE NOTICE

1. QU'EST-CE QUE CILOXAN 0,3 POUR CENT, collyre ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER CILOXAN 0,3 POUR CENT, collyre ?
3. COMMENT UTILISER CILOXAN 0,3 POUR CENT, collyre ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER CILOXAN 0,3 POUR CENT, collyre ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

1

QU'EST-CE QUE CILOXAN 0,3 POUR CENT, collyre ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament est un collyre (gouttes oculaires) contenant un antibiotique de la famille des quinolones, du groupe des fluoroquinolones : la ciprofloxacin.

Ce médicament est indiqué chez l'adulte, l'adolescent (12-16 ans), l'enfant (2-11 ans), le nourrisson et l'enfant en bas-âge

(28 jours à 23 mois) et le nouveau-né (0-27 jours), dans le traitement local de certaines infections sévères de l'œil dues à des bactéries pouvant être combattues par cet antibiotique : conjonctivites sévères, kératites (inflammation de la cornée d'origine bactérienne), ulcères de la cornée et abcès de la cornée.

2

QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER CILOXAN 0,3 POUR CENT, collyre ?

N'utilisez jamais CILOXAN 0,3 POUR CENT, collyre dans les cas suivants :

- allergie à la ciprofloxacin ou à un autre médicament de la famille des quinolones,
- allergie à l'un des composants de ce collyre,
- si vous allaitez (voir rubrique Grossesse et allaitement).

EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Faites attention avec CILOXAN 0,3 POUR CENT, collyre :

Précautions d'emploi

N'utilisez CILOXAN 0,3 POUR CENT, collyre chez les enfants de moins d'un an que s'il est explicitement prescrit par votre médecin.

Ne pas prolonger le traitement au-delà de la date prévue sur l'ordonnance.

En l'absence d'amélioration rapide ou en cas d'apparition de symptômes anormaux, consultez votre médecin.

Liées aux excipients :

En raison de la présence de chlorure de benzalkonium, ce médicament peut provoquer une irritation des yeux et teinter les lentilles de contact souples.

Ne portez pas de lentilles de contact (souples ou dures) pendant le traitement avec CILOXAN 0,3 POUR CENT, collyre.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie
des yeux - Strabologie
Chirurgie de la cataracte aux U.S
Angiographie, Laser

Membre de la société française d'Ophtalmologie
Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd (20 Aout)

الدكتور بن يحيى محمد سليم

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للجلالة
علاج الحول، مسالك الدموع
فحص الشرايين بالأشعة
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون
طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء



13/07/19

Assel HOUCHE

ordonne un
examen

IUT de

CLINIQUE TERRADA OASIS
Ave. Abouerrahim Bouabid
CASABLANCA
Tél.: 05 22 23 81 82 Fax: 05 22 23 81 82

الدكتور بن يحيى محمد سليم
Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
طبيب إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
Ophtalmologiste
Tél: 0522 32 56 56

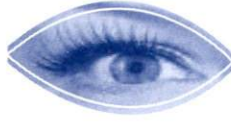
شارع الحسن II بلوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكارة - الهاتف: 0522 32 56 56 - برشيد

Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 0522 32 56 56 - BERRCHID

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie
des yeux - Strabologie
Chirurgie de la cataracte aux U.S
Angiographie, Laser

Membre de la société française d'Ophtalmologie
Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd (20 Aout)



إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للجلالة
علاج الحول، مسالك الدموع
فحص الشرايين بالأشعة
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون
طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

03/07/19

Compte rendu
de l'IVT
ou

Asses MEDICALIZ

Betradue sous ocul de soc
compartiment, reperege de l'anne
du l'anne, reperege du produit
16 sous ocul
Aut: Ugeef
deur

الدكتور بن يحيى محمد سليم
Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
طبيب إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
Ophtalmologiste
Tél: 0522 32 56 56

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 13-07-2019

Facture N° 12409/19

A. Identification

N° Dossier : 19G1316688

N° Identifiant : 006116/19

Nom & Prénom : M. ASSAL ABDELAZIZ

C.I.N : W48199

Adresse : 39 RUE ZAAFARAN HAY AL HOUDA BERRECHID

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : **Payant**

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-07-2019

Date Sortie : 13-07-2019

Médecin traitant : DR . BENYAHYA MOHAMED SALIM

Traitement : INJECTION AVASTIN

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	INJECTION AVASTIN		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						1 000,00
PARTIE CLINIQUE :						1 000,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. BENYAHYA MOHAMED SALIM (OPHTALMOLOGUE)		1 800,00			1 800,00
Total Rubrique :						1 800,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						1 800,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		2 800,00	

DEUX MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE JERRADA OASIS
Ave. Abderrahim Bouabid
CASABLANCA
Tél: 05 22 23 81 81 Fax: 05 22 23 81 82

DR. BENYAHYA MOHAMED SALIM
Ophtalmologue
Tél: 05 22 23 81 81 Fax: 05 22 23 81 82

CLINIQUE JERRADA OASIS

PAIEMENT EFFECTUE PAR : assal
abdelaziz

NOM DU PATIENT : M. ASSAL ABDELAZIZ

DATE DE NAISSANCE : 14/04/1962

19G1316688



Reçu N°: 18613

Paiement du 13/07/2019

Montant	2 800,00 Dh
---------	-------------

Type de paiement	Chèque
------------------	--------

Numéro du chèque :	9662358
--------------------	---------

Montant du chèque :	2 800,00 Dh
---------------------	-------------

Banque :	BMCI
----------	------

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 13-07-2019

DR. BENYAHYA Mohamed Salim

PATIENT : M. ASSAL ABDELAZIZ

HONORAIRES : 1 800,00 Dh
(MILLE HUIT CENTS DIRHAMS)

Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
OASIS JERRADA
Tél: 05 22 32 32 32
Fax: 05 22 32 32 32
www.oasis-jerrada.com

CLINIQUE JERRADA OASIS

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER	19G1316688
NOM DU PATIENT	M. ASSAL ABDELAZIZ
MÉDECIN TRAITANT	BENYAHYA MOHAMED SALIM
PRISE EN CHARGE	PAYANT MUPRAS
NUMERO PRISE EN CHARGE	
DATE D'ENTREE	13/07/2019
DATE DE SORTIE	13/07/2019

CLINIQUE JERRADA OASIS
Ave. Abdelrahim Bouabid
CAJASLANCA
Tél.: 05 22 23 81 81 - Fax: 05 22 23 81 82

Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
Ophtalmologiste
Tél: 05 22 23 81 82
Fax: 05 22 23 81 82