

# 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.

## Pathologie 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.

## éducation :

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.

## soins dentaires :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## Déclaration de 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

réclamation : contact@mupras.com

Mise 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

JR.

## Déclaration de Maladie : Nº P19- 0023223

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8833 Société : RAM' Retraité

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSAL Abdellaziz

Date de naissance :

14-04-1962

Adresse : 39 Rue EZAFRAJE, Hay Al Houda Berrechid.

Tél. : 0661523060 Total des frais engagés :

2845,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/07/2019

Nom et prénom du malade : Isbel 18 DE CARB

Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Oedème localisé



En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 18 JUL 2019

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) :

Isbel 18 DE CARB

#### **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
3/07/19	Mals	Chir		DR. BENVAHYA Mohamad Dr. BENTAHAR Imad Tél: 0522 32 56 56 JERRADA OASIS Bouabid Arrondissement Bouca Tél: 0522 23 81 81
13.07.2019	Fac. N° 164-09/19	général	2800,-Dhs	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES.**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Alla</b> Bd Med V , Cité Al Wahda Locaux N°4 et 5 , Bérechid Tél : 05 22 32 48 38	13/04/19	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

### **Important :**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX</b>																		

CLINIQUE JERRADA OASIS

جرا

مصحة جراده الوازيس

Casablanca, le 13/07/2015

ASSAL ABDERAHIM BOUABID

45,00

cilose an collyre

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

19/03/8

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

Clinique Jerrada OASIS, Boulevard Abderrahim Bouabid ( Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca  
Tél. : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82  
Web : [www.cliniquejerrada.ma](http://www.cliniquejerrada.ma) - Mail : [direction@cliniquejerrada.ma](mailto:direction@cliniquejerrada.ma)

**CILOXAN® 0,3%, collyre****Ciprofloxacin**

6 118001 070176

CILLOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml

A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ

Laboratoires Sothema

PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO

406434

**Veuillez 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 UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE 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 UTILISE ?**

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

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 A CONNAITRE 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 ciprofloxacine 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 DOUCE 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 DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE

Ophtalmologiste

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



إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

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

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

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

13/07/19

Assel HACHEL ALI

ordre n° 1000  
de baly

TUT ou

UNIQUE TERRADA OASIS  
Ave. Abderrahim Bouabid  
Tél. 0522 32 56 56 CAP ABLANCA  
Tél. 0522 32 56 56 Fax 0522 381 82

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

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. Ibno Rochd ( 20 Aout )



اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهورية للحالات  
علاج الحول ، مسالك الدموية  
فحص الشريانين بالأشعة  
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب اختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

13/07/119

Compte rendu  
de l'IUT  
OC

Assel MEDICAL

Rectification des calculs des  
congestions , repérage de la  
drôle , rejet du produit  
du tampon , les deux  
Art. Végaf  
des

الدكتور بن يحيى محمد سليم  
Dr. BENYAHYA Mohamed Salim  
طبيب اختصاصي 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

Médecin traitant : DR . BENYAHYA MOHAMED SALIM

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-07-2019

Date Sortie : 13-07-2019

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

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  
Assal Abde Laziz  
13-07-2019

**CLINIQUE JERRADA OASIS****BULLETIN D'ENTREE / SORTIE**

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

CLINIQUE JERRADA OASIS  
Ave. Abdelfathim Bouabid  
BP 10000 CASABLANCA  
Tel.: 05 22 23 61 81; Fax: 05 22 23 81 82

Dr. BENYAHYA  
OASIS  
Tel.: 05 22 23 61 81