

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

s générales :

re réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

re réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. Date de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

nte préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, tions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi pour tous les actes effectués en série.

d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

ents sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être remise au praticien pour toute demande de remboursement.

escripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

escripteur est exigée avant le début des séances de

ances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

ntre préalable renseigné sur la feuille de soins est

remboursement.

canalaires.

renouvelée tous les 6



Déclaration de Mala

N° W19-501764

52562

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5059

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BELLAJ ABSERLLAH M

23/12/1956

Date de naissance :

Adresse : 26, rue de lycée : Drm chifas
Casab

Tél. : 06 71 80 25 77 Total des frais engagés : 1433,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DMC

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 confié au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CASAB

Le : 21/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			INP : <input type="text"/>

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
du Fournisseur

62 15 Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Juratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

— VOLET ADHERENT

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 l

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

CUEFF
DES T

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profess

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTA

valable 3 mois

Le 21/12/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(à adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : BELLA F ABDERRAHIM

Présente

Glaucome chronique à angle ouvert

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Cosopt coll/ys
+ XLATAN coll/ys à vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Professeur ZADNASS Abdallah
Ophthalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn Rochd CASABLANCA
Ancien résident de CHU de Nantes - France
Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification
Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne
Angiographie , laser rétinien , OCT
Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله
طب العيون
أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء
جراحة و أمراض العيون
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا
جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية
أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر
جراحة الشبكية

BELLAJ Abderrahim

21/12/2020

16/12/16
- COSOPT COLLYRE (Timolol+Dorzolamide) fl

1 goutte, matin et soir, dans les deux yeux,

16/12/16
- XALATAN (Latanoprost)COLLYRE à 0,005% fl

1 goutte, 1 fois/jour, le soir, dans les deux yeux,

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER

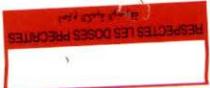
14/12/16
Pharmacie l'Ermitage
48, Avenue l'Ermitage - Casa
é: 12.86.19.24-Fax: 12.00.01.75
Professeur ZADNASS Abdallah
Ophthalmologiste
Imm. Marhaba, Bd. Cheikh Saâdi
Talbot - AGADIR
Tél: 052882221 Fax: 0528844378

عمارة مرحبا، زاوية شارع الشيخ السعدي (مقابل ERAC SUD) البرجت - أكادير - الهاتف : 05 28 84 43 78 - الفاكس : 05 28 82 22 21 | 05 28 84 83 00 | 05 28 84 43 78
Imm. Marhaba, Angle Bd. Chaikh Saâdi (Face ERAC SUD) Talbot - Agadir - Tél.: 05 28 84 83 00 | 05 28 82 22 21 - Fax : 05 28 84 43 78
E-mail : zadcabinet@gmail.com

LOT/EXP.:
CW4840
Y45043
05/2022
00H047 APP

Flacon
de 2.5 ml

Collige en solution



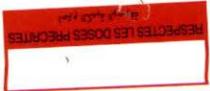
LATANOPROST
0.005 %
Xalatan™



LOT/EXP.:
CW4840
Y45043
05/2022
00H047 APP

Flacon
de 2.5 ml

Collige en solution



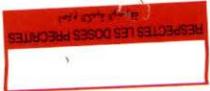
LATANOPROST
0.005 %
Xalatan™



LOT/EXP.:
CW4840
Y45043
05/2022
00H047 APP

Flacon
de 2.5 ml

Collige en solution



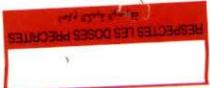
LATANOPROST
0.005 %
Xalatan™



LOT/EXP.:
CW4840
Y45043
05/2022
00H047 APP

Flacon
de 2.5 ml

Collige en solution



LATANOPROST
0.005 %
Xalatan™





LOT T002108 2

EXP 11 2021

PPV 164.20 DH

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملخ/ملل + 5 ملخ/ملل

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب إحترام الجرعات الموصوفة

لا يحقن، لا يبتلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)
يصرف بمحض وصفة طبية - قائمة I (النهاية 1)





LOT T002108 2

EXP 11 2021

PPV 164.20 DH

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملخ/ممل + 5 ملخ/ممل

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب إحترام الجرعات الموصوفة

لا يحقن، لا يبتلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)
يصرف بمحض وصفة طبية - قائمة I (النهاية 1)





LOT T002108 2

EXP 11 2021

PPV 164.20 DH

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملخ/ملل + 5 ملخ/ملل

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب إحترام الجرعات الموصوفة

لا يحقن، لا يبتلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)
يصرف بمحض وصفة طبية - قائمة I (النهاية 1)





LOT T002108 2

EXP 11 2021

PPV 164.20 DH

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملخ/ممل + 5 ملخ/ممل

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب إحترام الجرعات الموصوفة

لا يحقن، لا يبتلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)
يصرف بمحض وصفة طبية - قائمة I (النهاية 1)



PHARMACIE L'ERMITAGE

48, AVENUE L'ERMITAGE CASABLANCA

05 22 86 19 24, IF:42105620

RC: 210696

Patente : 36366490, ICE:001634422000077

IF : 42105620

CNSS : 2064757

Le : 21/12/2020

Facture N° 37 918**Client : BELLAJ ABDERRAHIM**

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CL	COSOPT	6	164.20	985.20
CL	XALATAN	4	127.00	508.00
2	Total	10		1 493.20

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

1 493.20

MILLE QUATRE CENT QUATRE-VINGT-TREIZE DIRHAMS ET VINGT CENTIMES

Pharmacie l'Ermitage
48, Avenue l'Ermitage - Casa
Tel: 05 22 86 19 24-Fax: 022 00 01 75