

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 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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

MUPRAS : 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

N° W21-779349

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3258			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ZAHIDY Ahmed			
Date de naissance : 01-01-53			
Adresse :			
Tél. : 0661258024 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Ophtalmologiste 544, bd. panoramique, californie Casablanca maroc Tél : 05 22 86 45 18 / 19 / 20 05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15 Fax : 05 22 86 45 21	
Cachet du médecin : 		
Date de consultation : 18/07/2023 Nom et prénom du malade : ZAHIDY Ahmed Age : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Lien de parenté : Nature de la maladie : Glaucome 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.		

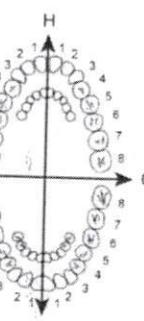
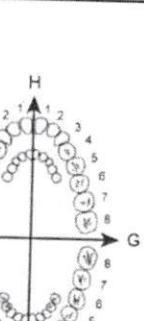
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 05/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/07/2023

RELEVE 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
18/12/2023	GS		200,-	INP : 031037715 DR. CHAHBI Mohammed Ophtalmologiste 544, bd. panoramique, californie Casablanca maroc Tél. : 05 22 25 15 18 / 19 / 20

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'ODF.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				INP : <input type="checkbox"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Docteur Mohammed CHAHBI

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE

(Maladies et Chirurgie des yeux)

Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER

du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie

de la fondation Rothschild-département

d'Oculo-plastie

Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

الدكتور محمد شهبي

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
خريج كلية باريس

دكتور سامي باليتنا و بالمركز الفرنسي للعيون
20-15-15 و بمؤسسة جراحة العيون

روشيل باريس

طبيب سامي بالبنك الفرنسي للعيون

غير تصريح البصر بالليزك

M : 212 14 74 Ahmed

S.V.

① EYESTIL Plus en Cationium

4800X3 1 gtte x4/j pdt 3 mois

② Cost on (10,10) jor x 3

186,10

A renouveler

③ Ag, 1 jor jor x 3

93,50X3

Travatan

pdto 3 min

S.V.

④ jor jor x 3

10,10X3

T=134,8

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste

544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc

Tél: 05 22 06 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15

+212 522 29 66 00 / 60
+212 522 86 46 18
+212 522 86 46 19
+212 522 86 46 20

clinicoeil.californie@gmail.com
www.clinic-oeil.com



صحة العين
CLINIQUE DE L'OEIL
Californie

544, Boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc
Fax: 05 22 06 46 18 +212 522 50 15 15 +212 522 29 66 00 60
Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862 +212 522 86 46 18 +212 522 86 46 21
ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901 +212 522 86 46 19 +212 522 86 46 20
+212 522 86 46 20

التركيبة :

هيدروكلوريد دورزولاميد 22,26 ملغ
كمية معادلة ل دورزولاميد 20,00 ملغ
ماليات تيمولول 6,83 ملغ
كمية معادلة ل تيمولول 5,00 ملغ
ل 1 ملل من محلول قطرات للعين.

قائمة السواغات :

كلوريد البنزالكونيوم، هيدروكسي إثيل سيلولوز، مانitol،
سيترات الصوديوم، هيدروكسيد الصوديوم، ماء للمستحضرات
القابلة للحقن.

سياغ ذو تأثير معروف : كلوريد البنزالكونيوم.
عن طريق العين.

اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.
تحفظ القارورة في الغلاف الخارجي، في درجة حرارة
تقل عن 30 درجة مئوية و بعيدا عن الضوء.
لا يجب إستعمال كوزوبت أكثر من 28 يوم بعد
فتح القارورة لأول مرة.

AMM N° 64DMP/21/NRQ

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml

COLLYRE EN SOLUTION

FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

LOT W027680 2

EXP 03 2024

PPV 126.10 DH

Titulaire d'AMM/Distributeur :

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

Sous licence : Mundipharma Pty Ltd- Australie

Fabricant : FAREVA Mirabel

Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand

Cedex 9, 63963 - France

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ بعيدا عن متناول و مرآى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

**يجب إحترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - Tableau A (LISTE I)
يصرف بمحض وصفة طبية - جدول 1 (لائحة I)