

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.

Education :

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.

Prothèse :

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

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.

AS : 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



M2 5279
Déclaration de Maladie

Nº M21- 054654

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5279

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ANIBRY FATIMA. EP BEN DANNIA

Date de naissance :

14-5-1955

Adresse :

1 Rue Aïn Aghbal by SAKA - CASAB

Tél. : 062555641

Total des frais engagés : 1530.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdelaziz CHNANI
Ophthalmologiste

14 Av. Kennedy Imm. An-nour 1er Etage
SAFI Tél/Fax: 0524.62.00.20

Date de consultation :

22 MAI 2021

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

OPHTHALMO

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

28 MAI 2021

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 : 27/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22 MAI 2021 | 180 | 15000 | | <p style="text-align: center;">Dr. Abdelazzz CHNANI Ophtalmologiste 14 Av. Kennedy Impr. An-nour 1er Etage SAFI - Tel/Fax: 0524 62 00 00</p> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien Date du Fourrageur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| Pharmacie AL FARAB Docteur Abdalmajid ABED 6 Av. Kennedy - Safi Tel: 05.24.62.38.10 | 22/5/21 | 30130 |

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

| 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.

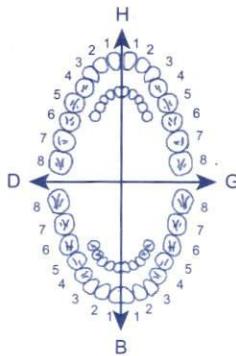
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | MONTANTS DES SOINS | |
|---------------------------|---|--------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

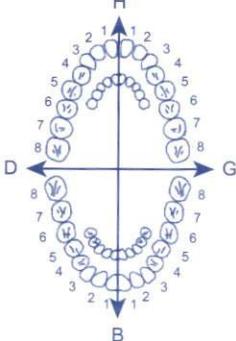
| DATE DU DEVIS | DATE DE L'EXECUTION | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | |
|---------------|---------------------|-------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |
| G | | |



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Abdelaziz CHNANI

Ophthalmologiste



الدكتور عبد العزيز الشناني

اختصاصي في طب وجراحة العيون

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgies des glaucomes - strabismes - paupières - voies lacrymales

Lentilles de contact

Angiographie numérisée - Laser - OCT

Echographie

Membre de l'Association Française d'Ophthalmologie

Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

طب وجراحة المياه الزرقاء - الحول

العدسات الاصفحة

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

الفحص بالصدى

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلق لدى المحاكم

Safi le: 22 MAI 2021...
أسفي في:

M.M.E. ANBRY FATIMA



30, 30

ICOMB (collyre)

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 5 jours



Dr. Abdelaziz CHNANI
Ophtalmologiste
14 Av. Kennedy Imm. An-nour 1er Etage
SAFI Tél/Fax: 0524.62.00.20

شارع كينيدي عمارة النور الطابق الأول (بجانب فندق عبده) - أسفي - الهاتف / الفاكس: 0524.62.00.20

14 Av. Kennedy Imm. AN-NOUR 1er Etage (à côté Hôtel Abda) - SAFI - Tél / Fax : 0524.62.00.20

Important: Lire Attentivement!

Icomb®

Tobramycine 3 mg (0,3%) et Dexaméthasone 1 mg (0,1%)

DESCRIPTION :

Chaque ml d'Icomb® contient :

Principe actif : Tobramycine 3 mg (0,3%) et dexaméthasone 1 mg (0,1%)

Excipient à effet notable: Chlorure de Benzalkonium.

PROPRIETES:

La dexaméthasone est un corticostéroïde synthétique, aux propriétés anti-inflammatoires, qui réduit l'hydrocortisone dans son action anti-inflammatoire. La Tobramycine est un actif contre plusieurs souches de bactéries à gram-négatif, y compris le bacille

INDICATIONS:

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines inflammations :

- après chirurgie de l'œil,
- dans des infections avec inflammation, dues à des bactéries pouvant être combats dans ce médicament.

MISE EN GARDE :

Ne pas injecter directement dans l'œil.

Utilisation de lentilles de contact : Icomb® contient un conservateur, le chlorure de benzalkonium, qui peut provoquer une irritation oculaire. Retirez les lentilles de contact avant l'instillation du collyre et attendez au moins 15 minutes avant de les remettre. Le chlorure de benzalkonium est connu pour colorer les lentilles de contact souples.

CONTRE-INDICATIONS:

Hypersensibilité à l'un des constituants. Kéatite épithéliale herpétique, vaccin, varicelle et plusieurs autres maladies virales de la cornée et de la conjonctive. Infections bactériennes de l'œil. Infections fongiques de l'œil. Extraction chirurgicale d'un corps étranger cornéen et glaucome.

EFFETS INDESIRABLES:

L'utilisation prolongée des corticostéroïdes topiques peut entraîner un glaucome, affectant le nerf optique, et causant une altération à la vision. Si Icomb® est administré pendant plus de 10 jours, la pression oculaire doit être surveillée par le médecin traitant.

L'utilisation prolongée des corticostéroïdes peut augmenter le risque d'infections oculaires secondaires, masquant une infection sévère. Comme avec tout autre antibiotique, l'utilisation prolongée peut entraîner la croissance de germes résistants. Le traitement ne doit pas être suspendu trop tôt, pour éviter une rechute de l'infection, une cicatrisation retardée et la formation de cataracte sous capsulaire postérieure.

UTILISATION CHEZ LES ENFANTS:

La sécurité et l'efficacité de cette préparation chez les enfants n'a pas été établie.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT:

Il n'est pas connu si ce médicament peut nuire au fœtus quand il est administré à une femme enceinte ; le passage du médicament dans le lait maternel n'est pas connu ;

Grossesse : ne doit être administré que si le bénéfice justifie le risque potentiel sur le fœtus.

Allaitement : en cas de prescription de ce médicament, l'allaitement est déconseillé.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:

Instiller une goutte dans le cul-de-sac conjonctival toutes les 4 à 6 heures en fonction des symptômes.

La fréquence des instillations pourra :

- être augmentée si la symptomatologie le nécessite,

- puis être diminuée progressivement en fonction de l'amélioration des signes cliniques.

La durée du traitement est à adapter en fonction de la symptomatologie.

PRESENTATION:

Icomb® se présente sous forme de suspension ophtalmique stérile, 5 ml en flacon Polyéthylène basse densité.

CONSERVATION :

A conserver à une température ne dépassant pas 30° C.

Tout flacon entamé doit être utilisé dans les 4 semaines suivant son ouverture.

Bien agiter avant l'utilisation.

Tableau A (liste I).

(CECI EST UN MÉDICAMENT)

- Le médicament est un produit qui affecte votre santé et sa consommation contraire aux instructions est dangereuse pour vous.
- Suivre strictement la prescription de votre médecin, le mode d'emploi, et les instructions du pharmacien qui a vendu le médicament.
- Le médecin et le pharmacien connaissent parfaitement les avantages et les risques de ce médicament.
- N'arrêtez pas la période de traitement prescrit par vous-même.
- Ne reprenez pas le même médicament sans l'avis de votre médecin.
- Ne pas laisser à la portée ou à la vue des enfants.

Conseil des Ministres Arabes de la Santé & Syndicat des Pharmaciens Arabes

Ophthalmics

Icomb® est un produit de qualité fabriqué par: جمجمة فارما Jamjoom Pharma

P.O.Box 6267 Jeddah -21442-Arabie Saoudite



bottu S.A.
82, Allée des Casuarines - Ain Seba - Casablanca - Maroc

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

12500800-Rev. 03S/16-12-18

Dr. Abdelaziz CHNANI

Ophthalmologiste



الدكتور عبد العزيز الشناني

اختصاصي في طب وجراحة العيون

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

طب وجراحة المياه الزرقاء - الحول

Chirurgies des glaucomes - strabismes - paupières - voies lacrymales

العدسات الاصناف

Lentilles de contact

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

Angiographie numérisée - Laser - OCT

الفحص بالصدى

Echographie

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Membre de l'Association Française d'Ophthalmologie

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Médecin Expert Asermenté auprès des Tribunaux

22/05/2021
Safi le : اسفى في :

NOTE D'HONORAIRES

Je sousigné DR CHNANI ABDELAZIZ, atteste avoir reçu
le montant de

Mille cinq cent (1500,00 DH)

111119814

de MME ANBRY FATIMA

pour injection intra vitréenne d'anti VEGF oeil droit

somme réglée en espèces

Dr. Abdelaziz CHNANI
Ophtalmologiste

14 Av. Kennedy Imm. An-hour 1er Etage
SAFI - Tél/Fax: 0524.62.00.20

Dr. Abdelaziz CHNANI

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgies des glaucomes - strabismes - paupières - voies lacrymales

Lentilles de contact

Angiographie numérisée - Laser - OCT

Echographie

Membre de l'Association Française d'Ophthalmologie

Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور عبد العزيز الشناني

اختصاصي في طب وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

طب وجراحة المياه الزرقاء - الحول

العدسات الاصنفية

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

الشخص بالصدري

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلق لدى المحاكم

é 22/05/2021
Safi le :
أنسي في :

COMPTE RENDU OPERATOIRE

MME ANBRY FATIMA

Injection intra vitréenne d'anti VEGF/oeil droit

- Nettoyage de l'oeil par la bétadine
- Anesthésie locale topique
- Injectio intra vitréenne d'anti VEGF 0,05 ml par une aiguille 27 G à 4 mm du limbe
- Traitement local

Dr. AbdélaZiz CHNANI
Ophthalmologiste

14 Av. Kennedy Imm. An-nour 1er Etage
SAFI - Tél/Fax: 0524.62.00.20