

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES 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 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.



Déclaration de Maladie

M23-0027973

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société : 185961
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHRAÏBI Faccal
 Date de naissance : 1949 à FES
 Adresse : 6 N° 57 OULFA CASA
 Tél. : 0666199568 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Pr. Assistant AMINE RAZZAK OPHTALMOLOGIE
 Date de consultation : 28 / 11 / 2023
 Nom et prénom du malade : Chraïbi Faccal Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : affection oculaire
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casa Le : 28 / 11 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
28/11/23			300 dh	Hôpital Universitaire International Cheikh Khatim Pr. Assistant AMINE RAZZAK DENTALOLOGIE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/11/23	276.00

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	

IMPORTANTES A LIRE

Le praticien est prié de pr...
 Important :
 Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 28/11/2023

Chraïbi Faïçal

1) Azyten

1g x 2/5 pdt 3 j renouvelable après 7 j

2) Zylet

1g x 3/5 pdt 5 j puis

1g x 2/5 pdt 5 j puis

1g/5 pdt 5 j puis arrêt

3) Thealose

1g x 4/5 pdt 1 mois

PHARMACIE SOPHIA
Mme. Bendahm Ep. Sjaoui
214, 3d. Ib. / Sina - CASA
Tél: 0522 36 01 64

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. AMINE RAZZAK
OPHTALMOLOGIE



BAUSCH + LOMB

ZYLET®

Etabonate de lotéprednol 0.5% et tobramycine 0.3%

Collyre en suspension **زايلات**

إيتابونات اللوتيريدنول 0.5%
و توبراميسين 0.3%
مستعلق للعين

Exclusivement sur prescription
médicale
Stérile
5 mL

يصرف بموجب وصفة طبية فقط
معقم
5 مل

Lot n° : رقم الحصة :
Date fab. : تاريخ الإنتاج :
Date Exp. : تاريخ الانتهاء :

389 111
0 720 3
72 25

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا المقادير المحددة

ZYLET est une marque déposée de Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

© 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

زايلات علامة مسجلة
لشركة Bausch & Lomb
Incorporated أو الشركات
التابعة لها.
© 2020 Bausch & Lomb Incorporated أو
الشركات التابعة لها.



C1MA01
9682701
L035807



Etabonate de lotéprednol 0.5% et tobramycine 0.3%
Collyre en suspension
إيتابونات اللوتيريدنول 0.5%
و توبراميسين 0.3%
مستعلق للعين

ZYLET®
BAUSCH + LOMB

1 mL contient:
PRINCIPES ACTIFS: Etabonate de lotéprednol 5 mg (0.5%) et Tobramycine 3 mg (0.3%)
EXCIPIENTS : Edétate disodique, glycérine, povidone, eau purifiée, tyloxapol, chlorure de benzalkonium.
Acide sulfurique et/ou hydroxyde de sodium pouvant être ajouté pour ajuster le pH.

يحتوي كل 1 مل على:
مواد فعالة: إيتابونات اللوتيريدنول 5 مغ (0.5%)
و توبراميسين 3 مغ (0.3%)
المكونات: إديتات ثنائي الصوديوم، غليسيرين، بوفيدون، ماء مطهر، تيوكساپول، و كلوريد البنزالكونيوم. يمكن إضافة حمض السلفوريك و/أو هيدروكسيد الصوديوم لتعديل ال pH.

Exipient à effet notoire :
Chlorure de benzalkonium 0.01%.

سواغ ذات تأثير معلوم: كلوريد البنزالكونيوم 0.01%.

Tableau A (Liste I) جدول أ (قائمة أ)

POSOLOGIE : Lire attentivement la notice intérieure.

المقادير: اقرأ بعناية النشرة داخل العلبة.

AGITER VIGOREUSEMENT ترج القارورة بقوة
AVANT UTILISATION قبل الاستعمال

POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT. للاستعمال في العين فقط.

Distribué au Maroc par Zenith Pharma
PPV = 117,00 DHS

NE LAISSER NI A LA PORTEE
NI A LA VUE DES ENFANTS
لا يترك في متناول أو تحت نظر
الأطفال

Conservation :
Conserver en position
verticale entre 15°C
et 25°C
NE PAS CONGELER.

الحفظ:
تحفظ القارورة في وضع
عمودي مابين 15 و 25
درجة حرارة مؤوية
لا يجمد.

Jeter le flacon 16 jours
après :3 date d'ouverture.
يصب زمي القارورة 16 يوما
بعد تاريخ فتحها.

**A UTILISER UNIQUEMENT
SI LA BAGUE IMPRIMEE
EST INTACTE**
لا يستعمل إلا إذا كانت
الحلقة المطبوعة سليمة

**Détenteur de la DE/Titulaire
de l'AMM**

صاحب مقرر التسجيل / حامل الرخصة :
Bausch & Lomb, Incorporated
400 Somerset Corporate Boulevard
Bridgewater, NJ 08807 USA

Fabricant : الصانع:
Bausch & Lomb, Incorporated
8500 Hidden River Parkway
Tampa, Florida 33637 USA

AMM Maroc N° / رخصة المغرب رقم :
68/2020/DMP/21/NRQDNM



7

34078-2

STERILE A

مُعقم



25°C

تاريخ أول فتح

Date de première ouverture

تيالوز[®]

تريالوز 3 %

هيالورونات الصوديوم

0,15 %

محلول للعين

يحمي، يعيه ويزلق سطح العين

10 مل



3 662042 003295


Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHÉMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH



2ZL0/WVW101C94ZVA



Détenteur de la décision d'homologation :

 Laboratoires Théo
12, rue Louis Blériot
63017 - Clermont-Ferrand Cedex 2
France

صاحب شهادة المستحضر الطبي:

مخبر تيلا

12، شارع لويس بليريو

63017 كليرون فيران - سيندكس 2 فرنسا

بدون مادة حافظة

 Théo  0459

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 28/11/2023
Numéro : 167 739



090061862

Nom patient : CHRAIBI FAICAL

Médecin : PR. RAZZAK AMINE
Ophtalmologie

2300786264

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	300,00

Total	300,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
N° INP 090061862
N° ICE 001740003000026

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 231128133503SO / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300786264	CHRAIBI FAICAL	28/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	4333	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :SOF.OUB

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 44 45
Fax : 05 29 00 42 77
E-mail : contact@hkh.ma
N° INP 090061



مركز النقديات

SANS CONTACT



28/11/23 12:22:26
9900397911
93979101
HOP CHEIKH KHALIFA G5
Casablanca

A00000000031010
APP : VISA
xxxxxxxxxxxxxx6199
CARTE NATIONALE
A6A36B259A53F1A9
220-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD
NUM TRANSACTION : 004
NUM AUTORISATION: 043173
STAN : 004333

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT