

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET FAIRE POUR ACTIVER 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

M23- 0027973

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 32614 Société : NS96A  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : EHRAIBI Fascal  
 Date de naissance : 1949 au FES  
 Adresse : 6 N° 57 ouifa casab  
 Tél. : 06 66 19 85 62 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/11/2023

Nom et prénom du malade : Chraibi fascal 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 : .....

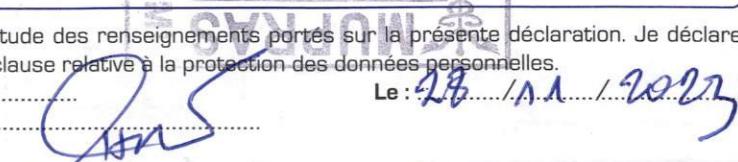
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

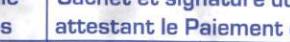
Fait à : Casab

Le : 28/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : .....



## **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
28/11/2023 CS			300 Dhs	 Dr. Anne RAZAK Ophtalmologie Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa 2023-11-28

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cashier du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'ESPRESSO	28/11/23	274.-0

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

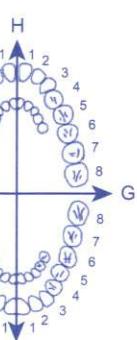
## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

Le praticien est prié de p.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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			
				COEFFICIENT

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

**[Création, remont, adjonction]**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 28/11/2023

Chraibi Faical

1) Argytre

1g x 2/j pdr 3 j renouvelable après 7j

2) Zylok

1g x 3/j pdr 5j puis

1g x 2/j pdr 5j puis

1g /j pdr 5j puis arrêt

3) Thealox

1g x 4/j pdr 1 mois



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Assistant AMINE RAZZAK  
OPHTALMOLOGIE



274.00

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc  
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367  
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

**BAUSCH + LOMB**

**ZYLET®**

Etabonate de lotéprednol 0.5% et  
tobramycine 0.3%

Collyre en suspension ① زايلات

إيتابونات الوتيريدنول 0.5%  
و توبراميسين 0.3%  
مستحلق للعين

Exclusivement sur prescription  
médicale  
Stérile  
5 mL

يصرف بوجوب وصفة طبية فقط  
معقم  
5 مل

رقم الحصة :  
Date fab.: تاريخ الإنتاج :  
Date Exp.: تاريخ الانتهاء :

339111  
0 / 003  
/ 2025

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**  
**احترموا المقدار 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  
أو الشركات  
التابعة لها.  
Bausch & Lomb Incorporated © 2020  
الشركات التابعة لها.



6

C1MA01  
9682701  
L035807

0.5% et Tobramycine 0.3%  
Etabonate de lotéprednol 0.5%  
Collyre en suspension 0.3%  
ZYLET ② زايلات

1 mL contient:

**PRINCIPES ACTIFS:** Etabonate de lotéprednol 5 mg (0.5%) et Tobramycine 3 mg (0.3%)  
**EXCIPIENTS:** Édétate disodique, glycéryne, 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 الوتيريدنول 5 مغ (0.5%)  
و توبراميسين 3 مغ (0.3%).  
السواغات: إيدنات ثالثي الصوديوم، غليسيرين، يوفورون، ماء مطهر تولوكابول، و كلوريد البنزalkonium. يمكن إضافة حمض السولفوريك و/أو هيدروكسيد الصوديوم لتعديل الـ pH.

**Excipient à effet notable :**  
Chlorure de benzalkonium 0.01%.

سواغ ذات تأثير معلوم: كلوريد البنزalkonium 96.01

Tableau A (Liste I) جدول ١ (أ) (أ)  
جدول ١ (أ) (أ)

**POSOLOGIE:** Lire attentivement la notice intérieure.

**مقدار:** اقرأ بعناية النشرة داخل العلبة.

**AGITER VIGOUREUSEMENT**  
**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:**  
حفظ القارورة في وضع  
عمودي ما بين 15 و 25°C  
درجة حرارة مئوية  
لا يجمد.  
Jeter le flacon 16 jours  
après la date d'ouverture.  
يجب رمي القارورة 16 يوماً  
بعد تاريـخ قصـها.

**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**

Bausch & Lomb, Incorporated  
8500 Hidden River Parkway  
Tampa, Florida 33637 USA  
AMM Maroc N°: 68/2020/DMP/21/NRQDNM



7

34078-2

بدون مادة حافظة

Théa C€ 0459

10 مل

**تِسالوْر** <sup>®</sup>

تِرِيالُورز 3 %  
هِيالُورُونَات الصُّورُديُوم  
0,15 %  
مَحْلُول لِلْعَيْن  
يَعْمِي، يَمْبِيه وَيَرْلِق سَطْح  
الْعَيْن



V2792C10M8/0722



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

Détenteur de la décision d'homologation :  
**Laboratoires Théa**  
 12, rue Louis Blériot  
 63017 - Clermont-Ferrand Cedex 2  
 France

صاحب شهادة المستلزم (الطب) :  
**مختار تيبا**  
 12، شارع لويس بلريو - سيدنيك 2 - فاس

مختار تيبا  
 12، شارع كلبرون فريزان - سيدنيك 2 - فاس

**STERILE A**  
مُعْقَم



• تاريخ أول فتح  
Date de première ouverture

25°C

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

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
<i>Arrêtée la présente à la somme de :</i> 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 Zaïd  
Tél: 05 29 03 31 35  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@hckm.ma  
INP 090061



SANS CONTACT ))))

28/11/23 12:22:26

9900397911

93979101

HOP CHEIKH KHALIFA G5  
Casablanca

A0000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxx6199

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