

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189

Société : pay lounis

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TDRTSSI SOUMAYA

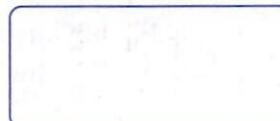
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668320114 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0008155

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>



**FEUILLE DE SOIN N°**

W

**A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT**

NOM & Prénom	IDRISSI MBARK		Téléphone 06.68.32.01.14	Signature de l'adhérent
Fonction <u>retraité</u>	Matricule 3189	Mail		

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM & Prénom du patient : IDRISI SOUMAYA Age 28 / 06 / 2003 Date de la première visite

Nature de la maladie. sciatique droit Adhérent  Conjoint  Enfant

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

## **RELEVE DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN**

Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
2 FEV. 2023	S	200	200

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Dates	Montant de la facture
02/02/2023	23,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

	Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## **VOLET ADHERENT**

NOM du Patient :			DECLARATION N°	<b>Cachet MUPRAS</b>
			W	
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>



# طب العيون

## OPHTHALMOLOGIE

طوبوغرافية القرنية  
Topographie de la cornée

علاج القرنية المخروطية  
Traitement du Kératocône

العدسات اللاصقة  
Contactologie

تصوير شرائين الشبكية  
Angiographie retiniennne

الليزر  
Laser

23.40

OD = - 1.00 (- 0.50 à 0°)

OG = - 1.00 (- 0.75 à 5°)

التصوير المقطعي البصري

OCT

1 goutte 3 f/j , 15 jours, dans les deux yeux

الفحص بالصدى  
Echographie

جراحة قصر البصر  
Chirurgie Réfractive

جراحة الجلالة بالدبدبات الصوتية  
Chirurgie par Phakoémulsification

05 28 84 18 45  
08 08 50 87 99

Tél./Fax 05 28 84 43 13

**Dr. MEDINA Mustapha**

Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des yeux

**الدكتور مدينة مصطفى**

اختصاصي في طب  
 وجراحة العيون

Agadir, le .....  
أكادير، في .....

02 février 2023

**Mlle IDRISI Soumaya**



Pharmacie EL OUAFI  
Dr. Driss BENMHAMMED  
Tél : 05 28 87 66 96  
Av. CAII 7, Sidi Ifni  
INP: 042874161  
ICE: 001231294000066

Dr. MEDINA Mustapha  
OPHTHALMOLOGISTE  
Bureau N° 11  
Téléphone : 05 28 84 18 45  
Agadir, Maroc

Résidence Talborjt  
Imm. D - Bureau N°11  
1<sup>er</sup> Etage - Bd. Cheikh Saadi  
Talborjt - Agadir

# Optipred® 1% p/v Collyre en solution

(Ac<sub>4</sub>-trona de prednisolone)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de ce avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de relire.

- Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre pharmacien.

- Ce médicament vous a été personnellement donné pas à d'autres personnes. Il pourrait les même si leurs symptômes sont identiques aux

- Si l'un des effets indésirables devient grave ou remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien.

## 1. Qu'est-ce qu'Optipred® et dans quelles utilisations?

Optipred® appartient à un groupe de médicaments comme médicaments stéroïdes anti-inflammatoires. Optipred® est utilisé chez l'adulte pour le traitement de l'inflammation oculaire.

Il réduit l'irritation, la sensation de brûlure, l'enflement de l'inflammation oculaire provoquée par des agents chimiques, la chaleur, les radiations ou des objets étrangers dans l'œil.

## 2. Avant d'utiliser Optipred®

### Ne pas utiliser Optipred®

- Si vous êtes allergique à l'acétate de prednisolone ou à d'autres composants mentionnés dans la notice.

- Si vous souffrez d'infections virales, fongiques ou bactériennes oculaires.

- Si vous souffrez de tuberculose oculaire.

- Si vous avez des blessures ou des ulcères dans l'œil.

### Faites attention avec Optipred®

Parlez à votre médecin avant d'utiliser Optipred®, si vous souffrez, ou avez souffert dans le passé de :

- Ulcères oculaires ou vous avez eu une infection traitée à l'œil qui a rendu le tissu moins sensible.

- Vous avez un glaucome ou vous êtes très sensible à la pression intra-oculaire.

- Vous avez subi une chirurgie pour la cataracte.

- Les infections oculaires bactériennes, virus ou fongiques.

### Utilisation d'autres médicaments

Veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, compris les médicaments obtenus sans ordonnance.

### Dites à votre médecin avant d'utiliser Optipred®

Utilisez ou avez utilisé d'autres collyres pour l'utilisation fréquente ou à long terme peuvent entraîner des effets indésirables supplémentaires.

### Grossesse et allaitement

Dites à votre médecin avant de commencer à utiliser Optipred® si vous êtes enceinte ou si vous allaitez, car les

effets de ce médicament, sur votre santé et celle de votre bébé.

### 2. Boîte et contenu de l'Optipred®

Prenez une dose prescrit par votre médecin.

Si la dose oubliée. Ensuite, prenez une dose supplémentaire et continuez avec

sur compenser la dose oubliée.

### 3. Utilisation de l'Optipred®

comme votre médecin vous l'a recommandé sans avis de

demandez à votre médecin ou à

### 4. Effets indésirables éventuels

Optipred® peut causer des effets indésirables que tout le monde n'y soit pas

face à l'œil immédiatement si vous

face de l'œil dans l'œil

ou votre médecin si l'un des effets est gênant ou s'il dure longtemps :

- Maux de tête • Augmentation de la tension intra-oculaire

- Picotement ou irritation légère • Aise • Dilatation de la pupille •

• Démangeaisons • Irritations devient grave ou si vous avez des effets indésirables non mentionnés dans la notice, veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien.

### 5. Conserver Optipred®

Conservez hors de la portée et de la vue

au-dessus de 30 °C. L'optipred® est stérile lors de l'ouverture, il est recommandé de le conserver dans une boîte étanche et le médicament aussi propre que possible.

collyre après la date de péremption et la boîte après « EXP ». Utilisez le médicament au tout-à-l'égout ni avec les doigts. Demandez à votre pharmacien de bannir des médicaments inutiles. Ces efforts protègent l'environnement.

farmaloom Pharma  
farmaloom Pharma



5 ml



أوبتيبيرد  
Optipred®

Lot:	YK 0008
Fab:	08 21
Exp:	08 23
PPV:	23 DH 40



### 6. Informations supplémentaires

One content Optipred®

بصريات رهام  
**OPTIQUE RIHAM**  
 Opticienne Optométriste

Entrée N° 6 Magasin N° 796 Souk El Had  
 AGADIR Tél : 05 28 22 85 03  
 R.C : 2409 - Patente : 48150956 - I.F : 75766267

Agadir, le 07/01/2023

**FACTURE 0063**

Prescription des lunettes : IDRISI SOUNAYA

M :

Ordonnance du Docteur :

N° de la nomenclature correspondant à la prescription	Loin { O.D ( 0,25 - 0,75 ) / - 1,00 O.G ( 0,50 - 0,75 ) / - 1,00
D.F { O.D ..... O.G ..... 6	Prés { O.D ..... O.G ..... 6
<u>Fournitures</u>	Prix
Montures ..... Verres ..... Etuis .....	2000 500 .....
TOTAL	7500

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Sept cents Dy,

Signature

