

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0037912

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique **69902** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8085702** Société : **la RAM.**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Veuve**

Nom & Prénom : **HAHRANE LEKBIRA**

Date de naissance : **1948**

Adresse : **Hay Fanaï 2, Rue 6, Imm H-1 N°4 Aïn Chok Casablanca**

Tél. : **06 27 19 19 81** Total des frais engagés : **452,40 DH.** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie :

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 : **10/03/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin orthopédiste
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
REVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS
S ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
biaux comportant un ou plusieurs échelons
ns le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 862667

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : HAMRANE LEKBIRA
Matricule : 0085702 Fonction : Veuve Poste : _____
Adresse : Hay Imara 2 Rue 6 Immo H-1 N°4 Casablanca
Tél. : 06 27 19 19 81 Signature Adhérent : _____

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HAMRANE LEKBIRA Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : _____
Nature de la maladie : Algue à l'oreille
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances _____
A Casablanca le 24 FEV. 2021 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 862667
Matricule N° : 0085702
Nom du patient : HAMRANE LEKBIRA
Date de dépôt : 10/03/2021
Montant engagé 452.40 DH
Nombre de pièces jointes : _____



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
24 FEV. 2021	S		2520H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AZHAR DIOUR MOHAMED 133, Bd. Taza Hay Miy-Abdellah Casablanca - Tél: 0522 215 966 INP : 092003896	24.02.2021	202.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canala ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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

Dr Hind KHARBOUCH JOUNDY

Spécialiste en Ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

Cabinet
Ophtalmologie

د. هند خربوش جندي

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكية واللازر

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

Ordonnance

24 février 2021

Casablanca le :

Mme HAMRANE Lekbira

23.40
OPTIPRED

1 goutte x 2/j 6 jours les 2 yeux

179.00
OPTIVE FUSION

1 goutte 3 x/ jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

202.40
PHARMACIE AL AZHAR
DIOUR MOHAMED
133, Bd. Taza Hay Imm. Abdellah
Casablanca - Tél: 0522 215 966
INP 092003896

Dr. Hind Kharbouch Joundy
Ophtalmologiste
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qods
Residence Al Majd Imm. Y, N°
Tél: 091165993

زاوية شارع 2 مارس وشارع القدس، إقامة المجد، عمارة Y : الرقم 1، عين الشق - الدار البيضاء

Angle Bd, 2 Mars & Bd Al Qods, Resdience Al Majd Imm Y - N°1, Ain Chock - Casablanca

INPE : 091165993 - Tél / Fax : 0522 52 10 61 - E-mail : dr_kharbouch@hotmail.com



optive **FUSION™** **UD (Unidose)**

Sans conservateur

Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 Dhs

ف فيوجن يرجى الإتصال بخدمة

Une composition unique pour une protection durable, plus de confort et un soulagement immédiat des symptômes de l'œil sec.

Description

OPTIVE FUSION™ UD est une solution stérile en récipient unidose, sans conservateur, qui contient de la carboxyméthylcellulose de sodium à 0,5%, du hyaluronate de sodium à 0,1%, de la glycérine à 1,0%, de l'érythritol, de la L-carnitine, du lactate de sodium, du chlorure de potassium, du chlorure de calcium dihydraté, du chlorure de magnésium hexahydraté et de l'eau purifiée.

OPTIVE FUSION™ UD est adapté à une utilisation postopératoire, notamment après une chirurgie réfractive Lasik, afin de soulager la sécheresse et la gêne oculaires induites par l'intervention.

OPTIVE FUSION™ UD est compatible avec le port de toutes les lentilles de contact.

Mode d'emploi

Instiller 1 ou 2 gouttes dans l'œil/les yeux en fonction des besoins

أوبتوبريد®
Optipred®

sur

Optipred® 1% p/v Collyre en solution

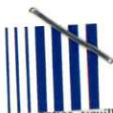
(Acétate de prednisolone)

Lot: 7F0259

Fab: 06 20

Exp: 06 22

PPV: 23 DH 40



ement l'intégralité de cette notice
médicament.

Vous pourriez avoir besoin de la

questions, adressez-vous à votre
pharmacien.

a été personnellement prescrit. Ne le
personnes. Il pourrait leur être nocif,
sont identiques aux vôtres.

indésirables devient grave ou si vous
effets indésirables non mentionnés dans cette

notice, veuillez informer votre médecin ou votre
pharmacien.

1. Qu'est-ce qu'Optipred® et dans quels cas est-il utilisé

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

Il réduit l'irritation, la sensation de brûlure, la rougeur et le
gonflement de l'inflammation oculaire provoquée par des
produits chimiques, la chaleur, les radiations, les allergies,
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 l'un
des autres composants mentionnés dans (la rubrique 6).
- Si vous souffrez d'infections virales, fongiques ou
infections oculaires bactériennes.
- Si vous souffrez de tuberculose oculaire.
- Si vous avez des blessures ou des ulcères sur la cornée.
- Si vous avez déjà eu de l'herpès.

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 maladie ou un
traitement à l'œil qui a rendu le tissu mince.
- Vous avez un glaucome ou vous êtes traité pour une
tension oculaire élevée.
- Vous avez subi une chirurgie pour la cataracte.
- Les infections oculaires bactériennes, virales ou fongiques.

Si, par accident, quiconque boit de ce médicament,
contactez immédiatement votre médecin.

Si vous avez oublié de prendre de l'Optipred®

Si vous avez oublié de prendre une dose, prenez-la dès que
vous constatez l'oubli, sauf s'il est presque l'heure de votre
prochaine dose.

Dans ce cas, ne prenez pas la dose oubliée. Ensuite, prenez
votre dose suivante comme d'habitude et continuez avec
votre routine normale.

Ne doublez pas la dose pour compenser la dose oubliée.

Si vous arrêtez de prendre Optipred®

Optipred® doit être utilisé comme votre médecin vous l'a
conseillé. N'arrêtez pas d'utiliser Optipred® sans avis de
votre médecin. Si vous avez d'autres questions sur
l'utilisation de ce produit, demandez à votre médecin ou à
votre pharmacien.

4. Quels sont les effets indésirables éventuels

Comme tous les médicaments, Optipred® peut causer des
effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas
sujet.

**Vous devriez voir votre médecin immédiatement si vous
ressentez :**

- des ulcères sur la surface de l'œil
- des douleurs sévères dans l'œil

**Vous devriez consulter votre médecin si l'un des effets
indésirables suivants est gênant ou s'il dure longtemps :**

- Réaction allergique • Maux de tête • Augmentation de la
tension dans l'œil • Le centre de l'œil devient trouble
(cataracte) • Infections • Picotement ou irritation légère •
Vision floue ou mauvaise • Dilatation de la pupille •
Modification du goût
- Éruption cutanée ou démangeaisons

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

5. Comment conserver Optipred®

- Conservez le médicament hors de la portée et de la vue
des enfants.
- Ne pas conserver au-dessus de 30 °C.
- Optipred® collyre est stérile lors de l'ouverture, il est