

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 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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-614502

62910

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6332 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ASSAS ABDEBRAHIM

Date de naissance : 1958

Adresse : 43 RUE IBN KHALDOUNE

BERRECHID

Tél. : 068491713 Total des frais engagés : 329, n DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHEIKH HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél. 0522 32 43 47

Date de consultation : 05/03/2021

Nom et prénom du malade : EL ASSAS Abdelrahim Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

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 : BERRECHID le 05/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-614502

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 : 6332

Nom de l'adhérent(e) : EL ASSAS

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-115/2019



VOLET ADHERENT

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
05/03/20	2		300,00	INF: <i>Dr. Soumaya EL HASSANI</i> OPHTHALMOLOGISTE <i>Dr. Soumaya EL HASSANI</i> Rue Oued Bouagui, Naffi Berrechid Tél: 0522 32 48 47

SOINS DENTAIRES

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

[illegible]

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii

1^{er} étage - Berrechid

Tél. : 05 22 32 48 47

الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47



ميدالية ابن رشد
Pharmacie Idriss Laaziz
Dr. LIACHIMI HAFSA
30, Rue Moulay Idriss Laaziz
BERRECHID - Tél. : 0522 32 48 47

Berrechid, le

05/03/2021

Mr. EL ASSAS Abderrahim

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets, Amincis, Transition

ZENITH Pharma
PPC: 37,20 DH

VL :

OD = + 1.25 (- 0.25 à 65°)

OG = + 1.75 (- 0.50 à 90°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

1/ NAVIBLEF INTENSIVECARE

1 massage 2fois/jr pdt 15jours, les deux yeux

Mois

2/ PHYSIODOSE : lavage oculaire 2 fois par jour, les deux yeux, 2

3/ FUCITHALMIC : 1 Goutte 2fois/j pdt 15jr, les deux yeux, 15 jours

4/ THEALOSE:COLLYRE 1 goutte 3fois/jr , les deux yeux 3 Mois

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
Rue Okba Ibn Nafii Berrechid
Tél. 0522 32 48 47

OPTIQUE GHITA



نظرات غيثة

اختصاصي في النظرات البصرية
شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1
رقم 454 - الحي المحمدي
الهاتف 06 69 00 97 85
05 22 60 34 39
32825428 الباكستا

Opticien Spécialiste
Bd Youssef Bno Tachfine Hakam 1
N° 454 - El Hay Mohzmmadi - casa
Tél : 06 69 00 97 85
05 22 60 34 39
Patente : 32825428

0001329

095012357

Ordonnance de M.le Docteur : CHEBIHI

N°DE nomenclature			
Correspondant à la prescription.....			
LOIN	O.D : $65^{\circ} 0.25 + 1.25$	PRES	O.D : $+3.00$
	O.G : $90^{\circ} 0.50 + 1.75$		O.G :
FOURNITURE		<div>500 DH 1000 DH 1000 DH</div> <div>OPTIQUE GHITA Opticien Optométriste Bd Ibn Tachfine Hakam 1, Casa N° 454 - El Hay Mohzmmadi Tél: 06 69 00 97 85 05 22 60 34 39</div>	
1 Monture : PLASTIQUE			
2 Verres : progressifs			
ORNA			
Etuil : ANTIREFLET			
Total : 2500 DH			

Arrêtée la présente facture à la somme de
Casablanca , le 08/03/21
M.ou Mme :

EL ASSAS Abdelrahim

Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique

Acide fusidique

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique ?
3. Comment utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE FUCITHALMIC® 1%, gel ophtalmique ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament est destiné à l'œil et se présente sous forme de gel ophtalmique. Il contient un antibiotique, l'acide fusidique, qui agit en tuant certaines bactéries responsables d'infections.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines infections de l'œil et des paupières : conjonctivites, kératites (inflammation de la cornée d'origine bactérienne), ulcères de la cornée, blépharites (inflammation des paupières d'origine bactérienne) et orgelets (infection d'une glande située dans la paupière se présentant habituellement comme une pustule centrée sur un cil).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER FUCITHALMIC® 1%, gel ophtalmique ?

N'utilisez jamais Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'acide fusidique ou à l'un des autres composants contenus dans ce gel.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Faites attention avec Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique :

Ne pas avaler.

Ne pas prolonger le traitement au-delà de la date prévue sur l'ordonnance.

En l'absence d'amélioration rapide ou en cas d'apparition de symptômes anormaux, consulter votre médecin.

En raison de la présence de chlorure de benzalkonium, ce médicament peut provoquer une irritation des yeux.

Éviter le contact avec les lentilles de contact souples. Retirer les lentilles de contact avant application et attendre 15 minutes avant de les remettre. Le chlorure de benzalkonium peut être absorbé par les lentilles de contact souples et les colorer.

D'une façon générale, il est recommandé de ne pas porter de lentilles de

Durée du traitement

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites, et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé. La disparition des symptômes ne signifie pas que l'infection est complètement guérie. L'éventuelle impression de fatigue ou de gêne au traitement mais à l'infection elle-même. Le fait de ne pas continuer le traitement pourrait entraîner une récurrence de l'infection.

DANS TOUS LES CAS, N'UTILISEZ PAS CE MÉDICAMENT SANS L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous oubliez :
N'utilisez pas de médicament pour compenser la dose que vous avez oubliée d'utiliser.

Si vous arrêtez d'utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique :
Consultez toujours votre médecin si vous envisagez d'arrêter le traitement.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Si vous remarquez des effets indésirables ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

5. COMMENT CONSERVER FUCITHALMIC® 1%, gel ophtalmique ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique après la date de péremption mentionnée sur la boîte. La date d'expiration fait référence au dernier jour du mois.

Ne pas utiliser au-delà de 15 jours après première ouverture du tube.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout à l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

