

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **Education :**

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**

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**

Nº M21- 080260

106010

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 11145 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAMANI HICHAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 0016803

Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### **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 : .....



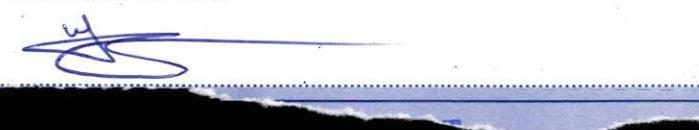
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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) : .....





**SAHAM**  
Assurance

member of Sanlam group

## DECOMpte DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

<b>Police N°</b>	: 0600996886	<b>Contractante</b>	: Centrale Automobile Cherifienn
<b>Assuré</b>	: Safaa Errach	<b>Date de réception de la déclaration</b>	: 24/12/2021
<b>N° Adhésion</b>	: 309	<b>Date de validation</b>	: 27/12/2021
<b>Personne soignée</b>	: Safaa Errach	<b>Date de survenance</b>	: 15/12/2021
<b>Sinistre N°</b>	: 5196971	<b>Déclaration N°</b>	: 20715763A
<b>Bordereau N°</b>	: 826176	<b>Médecin Traitant</b>	: FILTY KHADIJA

Nature de soins	Frais engagés	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (a)	Frais remboursés par le premier assureur	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (c)=(a)*(b)
CONSULTATION / SPECIALISTE MEDICAMENTS	200.00	NA	NA	200.00	NA	85.00 %	170.00
	237.00	NA	NA	237.00	NA	85.00 %	201.45
<b>Totaux</b>	<b>437.00</b>			<b>437.00</b>			<b>371.45</b>

### Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
<b>Totaux</b>		

**Nom du gestionnaire : ZAOUAL NORA**

**Date de l'édition : 27/12/2021**

- a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur clé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur clé.  
 Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur clé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.
- b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.
- c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.



**SC®**

ipient unidose

**cette notice avant d'utiliser ce médicament.**  
**informations importantes pour votre traitement.**

ons, si vous avez un doute, demandez plus

ain ou à votre pharmacien.

is pourriez avoir besoin de la relire.

plus d'informations et de conseils, adressez-

1. ravent ou persistent, consultez votre médecin. effets indésirables non mentionnés dans cette ntez un des effets mentionnés comme étant er votre médecin ou votre pharmacien.

UVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient  
EL CAS EST-IL UTILISÉ?**INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT  
SC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?**  
CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient**FETS INDÉSIRABLES EVENTUELS ?**  
VER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en**ALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS****LLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient  
UELS CAS EST-IL UTILISE ?**

utique - code ATC : S01XA20

pour soulager les signes d'irritation liés à la d il existe une insuffisance de larmes). Vous tre médecin si vous ne ressentez aucune us sentez moins bien.

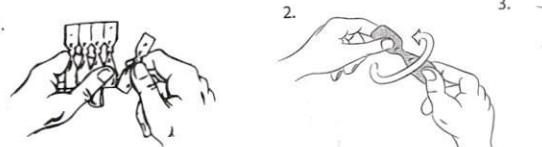
**S INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT  
ISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?****Mode d'administration****Voie locale.****EN INSTILLATION OCULAIRE.**

Une unidose permet de traiter les deux yeux.

Utiliser une nouvelle unidose à chaque application de la jour

Pour une bonne utilisation du collyre, certaines précautions doiv

- Se laver soigneusement les mains avant,
- Ne pas toucher l'œil ou toute autre surface avec l'embou
- Ne pas utiliser l'unidose si le capuchon semble cassé av
- Pour utiliser une unidose, procéder de la façon suivante



1. Détacher une unidose de la plaquette.
2. Tenir l'unidose à la verticale (capuchon tête en haut). Poi l'unidose, tourner complètement la partie plate afin de rom
3. Tirer doucement la paupière inférieure vers le bas en reg haut. Renverser l'unidose et la presser légèrement pour 1 goutte dans l'œil ou les yeux à traiter. Cligner des yeux

Lorsque l'unidose est utilisée, la jeter immédiatement. Ne pa ne pas la réutiliser.

**Fréquence d'administration**

Répartir les instillations au cours de la journée, en fonction de

**CELLUVISC® 4mg/0.4ml****Durée du traitement**

Collyre en récipient unidose

Si les troubles persistent ou si l'effet thérapeutique diminue, un ophtal qui'il adapte votre traitement.

**Si vous avez utilisé plus d'un récipient unidose que** Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR  
PPV: 44DH40

Consultez votre médecin ou votre pharmacien.

**Si vous oubliez d'utiliser CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose :**

Ne pas utiliser de dose double pour compenser la dose que oubliée mais poursuivre simplement votre traitement.

**FRAKIDEX®**

collyre en solution

Sulfate de framycétine, phosphate sodique de dexaméthasone

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

**Que contient cette notice ?**

1. Qu'est-ce que FRAKIDEX®, collyre en solution et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser FRAKIDEX®, collyre en solution ?
3. Comment utiliser FRAKIDEX®, collyre en solution ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver FRAKIDEX®, collyre en solution ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

**1. QU'EST-CE QUE FRAKIDEX®, collyre en solution ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Classe pharmacothérapeutique CORTICOIDE ET ANTI-INFECTIEUX EN ASSOCIATION par voie locale (S : organes sensoriels) - code ATC: S01CA01

Ce médicament est un collyre (gouttes oculaires) contenant:

- Un antibiotique de la famille des aminosides: la framycétine,
- Un corticoïde: la dexaméthasone.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines inflammations et infections de l'œil :

- Après chirurgie de l'œil,
- Dans des infections avec inflammation, dues à des bactéries pouvant être combattues par l'antibiotique contenu dans ce médicament.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER FRAKIDEX®, collyre en solution ?****N'utilisez jamais FRAKIDEX®, collyre en solution :**

- si vous êtes allergique aux substances actives ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- si vous avez une infection débutante de l'œil d'origine virale,
- si vous avez une infection mycosique.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin, pendant la grossesse et l'allaitement.

**EN CAS DE DOUCE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.****Avertissements et précautions**

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien ayant d'utiliser FRAKIDEX®, collyre en solution.

Contactez votre médecin en cas de vision floue ou d'autres troubles visuels.

**Mises en garde spéciales**

- Ne pas injecter, ne pas avaler.
- Chez certains patients ce médicament peut entraîner une augmentation de la pression oculaire et/ou un retard de cicatrisation.
- Adressez-vous à votre médecin si vous ressentez un gonflement et une prise de poids au niveau de votre tronc et de votre visage car ce sont généralement les premières manifestations d'un syndrome

Lavez-vous soigneusement les mains avant de pratiquer l'instillation. Evitez le contact de l'embout du récipient avec l'œil et les paupières. Flacon avec bouchon perforateur : avant la première utilisation, vissez fond le bouchon sur le flacon afin de le percer avec le picot interne d'embout.

Flacon compte-goutte : avant la première utilisation, enlevez la bagu sécurité.

En regardant vers le haut et en tirant la paupière inférieure vers le ba instiller 1 goutte de collyre dans le cul-de-sac conjonctival inférieur de malade.

Après l'instillation, fermez l'œil quelques secondes.

Puis, appuyez avec un doigt sur le coin de votre œil situé du côté du r pendant 2 minutes. Cela permettra de réduire le passage des substanc actives dans le reste de votre organisme.

L'œil fermé, essuyez proprement l'excédent.

Rebouchez le flacon après chaque utilisation.

**Fréquence d'administration**

- toutes les heures en début de traitement dans les affections aiguës
- 3 à 6 fois par jour, dans les autres cas.

**Durée du traitement**

En moyenne, 7 jours.

Un traitement plus long peut vous être prescrit par votre ophtalmolog Si vous avez utilisé plus de FRAKIDEX®, collyre en solution que vous n'auriez dû :

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien. Des instillations répétées de façon prolongée peuvent entraîner un p système non négligeable des principes actifs, une hypertension o ou une opacification du cristallin, une kératite superficielle, et un retard cicatrisation.

**Si vous oubliez d'utiliser FRAKIDEX®, collyre en solution**

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous ave oublie de prendre.

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

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des e indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tou monde.

- Sensation de brûlure, larmoiement, gêne, rougeur oculaire (conjonctivale);
- Allergie;
- En usage prolongé, risque d'augmentation de la pression oculai d'opacification du cristallin, de kératite superficielle;
- Retard de cicatrisation, surinfection;
- Fréquence indéterminée: vision floue;
- Problèmes hormonaux: croissance de poils sur le corps (en parti chez les femmes), faiblesse et fonte musculaire, vergetures (tach violacées sur la peau, augmentation de la pression artérielle, règ irrégulières ou absence de règles, changements des niveaux de protéines et de calcium dans votre corps, croissance ralenti che enfants et les adolescents et non seulement à l'âge adulte);
- Avertissements et précautions : FRAKIDEX® Collyre 5ml

Si vous présentez des dommages située à l'avant de l'œil) les phénomènes rares cas, des troubles de la vision, pendant le traitement (nuage) (précautions).

ZENITH PHARMA  
PPV : 24,80 DHS  
AMM : 218/16 DMP/21/NRQ

LOT/ EXP/

DÉCLARATION DES EFFETS SECONDAIRES : Si vous ressentez un quelconque indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'ajout aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette liste.

**5. COMMENT CONSERVER FRAKIDEX®, collyre en solution ?**

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

N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée : le conditionnement extérieur. La date de péremption fait référence : dernier jour de ce mois.

Ce médicament est à utiliser dans les 15 jours après ouverture.

# Dr KHADIJA FILTY

Spécialiste des maladies et  
Chirurgie des yeux

Ex chef de Service Ophtalmologie  
à l'hôpital Mohamed SEKKAT  
Aïn chock

Membre de la société française  
d'ophtalmologie Paris  
certificats médicaux pour permis de conduire



الدكتورة خديجة فلتى

اختصاصية في أمراض و جراحة  
العيون

طبيبة رئيسة سابقة بقسم أمراض العيون

بمستشفى محمد السادس عين الشق

عضوة بالجمعية الفرنسية لطب العيون بباريس

تسليم الشواهد الطبية من أجل رخصة السيارة

## Ordonnance

دار البيضاء في : ..... ٢٥ / ١٢ / ٢٠٢٣  
Casablanca le :

ERRAGA SAFAA



1- Fratidex collyre (1fl)

24,60

I Site x 1



2- Naebek collyre

84,00 x 2

I Site x 3

PHARMACIE SKIBA SARL AU  
Dr. Attia Eddahab, Jamila  
981 Avenue Oued Eddahab, Casablanca  
Tél: 0522 31 82 33 - 0522 31 82 34

3- Clevicunis unidos (1fl)

44,40

I Site x 1 (AUDI)

Dr. Khadija FILTY  
الدكتورة خديجة فلتى  
اختصاصية طب و جراحة العيون  
Ophtalmologiste  
Per. 05 22 37 07 43 - Casablanca

شارع واد الذهب، رقم 106، الطابق الأول ، فوق مقهى أنكونا (قرب صيدلية سكيبة) ، بن مسيك سباتة الدار البيضاء

Boulevard oued ED-DAHAB, N° 106, 1er étage, Ben msik, Casablanca

### Renseignements concernant le patient

Nom du patient : ERRAGH Prénom(s) du patient : SAHAM  
 Date de naissance :  Lien de parenté avec l'assuré(e) :   
 Nature de la maladie : Coujintivite  
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :   
 Fait à : Carabache, le 15.12.2021

### Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
<u>15.12.2021</u>	<u>1</u>	<u>CS</u>	<u>20.00</u>	

### Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
<u>15.12.21</u>	<u>237,00</u>	

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet ou du radi

### Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis  Nombre de séances : \_\_\_\_\_ Établi le : \_\_\_\_\_  
 Facture  Nombre de séances : \_\_\_\_\_ Établi le : \_\_\_\_\_

Date des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires	Signature et cache N° d'autorisation d'e
	AM	PC	IM	IV		

### Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fiche dos

**portantes****personne et par maladie**

oit comporter les cachets  
in traitant, les noms et les  
née (bénéficiaire) inscrits de

doit être accompagnée de  
scrivant les médicaments,  
laboratoire, ainsi que toutes

a personne malade doivent  
ar les praticiens eux-mêmes,

nt une maladie doivent être  
s les trois mois au plus tard  
médicale.

ir les causes, circonstances,

s et PPM concernant les  
nts aux ordonnances.

édicale ou chirurgicale, la  
t être accompagnée d'une  
e sur laquelle devront être  
tes, la ventilation des frais  
d'hospitalisation et le détail  
ues.

onoraires et ordonnances remis  
conservés par la Compagnie.

surances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n99-17° portant code des assurances \* siège social  
Maroc \* RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 \* Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025 - ICE : 000230054000034 \* Tél : 0522.43.56.00 \* Fax : 0522.20.60.81

Police n° :



**SAHAM**  
Assurance

member of Sanlam group

A

**Déclaration de maladie N°**

**20715763**

**Maladie**

**Maternité**

**Optique**

**Traitements spéciaux**

**Société contractante**

Société contractante :

Cachet de la société contractante

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

**Renseignements concernant l'assuré(e)**

Nom : *EKKACH* Prénom(s) : *Safaa*

N° de C.I.N. : *110211988* Date de naissance :

Adresse : *Sanlam, Rue T. Nefy, Casablanca* Ville : *Casablanca*

Montant des frais engagés : *437,00* DH N° GSM : *067301678*

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 : *Casablanca*, le *15/12/2021*

Signature de l'assuré(e)

**Clause « Protection des données personnelles »**

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations.

L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°98-09° relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du siège social de SAHAM Assurances, sis au 216, Boulevard Zerkouni - 20000 CASABLANCA -Tél. : 00 56 43 0522 - MAROC.

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

SAHAM Assurance, Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n99-17° portant code des assurances \* siège social  
216, Boulevard Zerkouni-20 000 Casablanca Maroc \* RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 \* Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025 - ICE : 000230054000034 \* Tél : 0522.43.56.00 \* Fax : 0522.20.60.81

VOLET DÉTACHABLE

Police n° :

A.D.L. 2021-2022