

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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 - 5ème 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° P19- 053992

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1578 Société : RAM 39788
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHAMLI CH Khamlija
Date de naissance : 47
Adresse : KASR NOUZZHA, Collee au MALL, Ap 14, Im 2
Casa
Tél. : 06-61-18-1761 Total des frais engagés : 13.000 DHS + 249,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : KHAMLI CH KHAMLIJA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : I.V.T. 0248.0248.0248
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) :

[Signature]



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
26/08/2020	Vain fact N° 1526/2020	Scit 13009		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BADIA 20 Rue d'Azemour Der Bouazza Casablanca	26-8-20	249,70 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 26/08/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 1579	e-mail : Phones : 06-61-18-17-61
Nom et Prénom de l'adhérent : KHAMLIHI Khadija	
Nom et Prénom du bénéficiaire :	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné :	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. KHAMLIHI KHADIJA	
Nécessite	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
<p>IVT 02URDIX mil</p> <p><i>(Signature and Stamp of Dr. G. BENKIRAN, Ophtholmologist, Rue des Capillons 2045 - Casablanca)</i></p>	
Une hospitalisation de (approximatif)	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
.....	
.....	
.....	
Cachet, date et signature du praticien
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	
.....	
.....	
.....	

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



صحة العيون
لدار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 26.08.20

ORDONNANCE MEDICALE

CONCERNANT M. Khemlich

Kledji

249,70 DHS
24,50
58
164,20
ICIN (collyre)

1 gtte 4 fois par jour

INDOCOLLYRE (collyre)

1gtte 4 fois par jour

COSOPT Collyre

1 goutte 2 fois par jour

Dr BENKIRAN

En cas d'urgence, contacter le numéro suivant : 0670 30 00 95

Urgence 24/24

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)
يجوز صرف بوصفة طبية - قائمة I (الجدول أ)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Ne pas injecter, Ne pas avaler
يجب احترام الجرعات الموصوفة
لا يحق حقن، لا يبلع

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence : Mundipharma Pty Ltd - Australie
Fabricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chibret
Route de Marzat Riom, Clermont - Ferrand
Cedex 9, 63963 - France

LOT 1002108 1
EXP 17 2021
PPV 164 20 DH

Cosopt®
كوزوبت®

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 مل/ع + 5 مل/ع

collyre en solution

**Dorzolamide/
Timolol**

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين

دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 مل



INDOCOLLYRE 0.1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
P.V. 58 00 DHS
AMM N°155/19/DMP2/NROQNM

LOT/عيار: H5152
FAB/مصنع: 10-2019
EXP/تاريخ الانتهاء: 03-2021

PPV: 27DH50

Lot: 11111111
Fab: 11111111
Exp: 11111111

Icin®
ايسين®

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون
للدالر البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



81501

Casablanca le :

26 août 2020

IVT OZURDEX AU NIVEAU DE L'OEIL GAUCHE

DR BENKIRAN ABDELFTTAH

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél : 05.22.25.11.15 - Fax : 05.22.25.11.15
Web : www.occ.ma

Dr. BENKIRAN ABDELFTTAH

Urgence 24/24



Casablanca le : 26/08/2020

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom Prénom : KHAMLICH KHADIJA
Date D'intervention : 26/08/2020
Chirurgien : DR A.BENKIRAN
Anesthésiste : Dr EL KASRI
Intervention : Injection intra vitréenne OZURDEX OG

- Asepsie rigoureuse à la Bétadine
- Repérage du site d'injection à 4 mm du limbe supérieur
- injection intra vitréenne « OZURDEX » au niveau de l'œil gauche.

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13 Rue des Papillons Oasis - Casablanca
Tél. : 0522.25.71.71 (S.G.) / Fax : 0522.25.11.15

Docteur
A. BENKIRAN
Ophtalmologiste

Urgence 24/24

Maladies et Chirurgie des yeux
Laser Angiographie Lentilles de contact
022.25.71.71 /022.25.11.15

N° 1 526 / 2020 du 26/08/2020

Nom patient	KHAMLICH KHADIJA	Entrée 26/08/2020	Sortie 26/08/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CHAMBRE	1,00	CH	400,00	400,00
BLOC OPERATOIRE	1,00	K40	915,00	915,00
OZURDEX	1,00		9 771,00	9 771,00
			Sous-Total	11 086,00
PHARMACIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				11 386,00
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. BENKIRAN ABDELFETTAH (ophtalmologue)	1,00	K40	1 614,00	1 614,00
			Sous-Total	1 614,00
Total prestations externes				1 614,00

	Total général	13 000,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TREIZE MILLE DIRHAMS		

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	13 000,00				13 000,00	0,00

**OPHTHALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**
13, Rue des Pâpillons OASIS
Casablanca
Tél.: 05 22 25 71 71 - Fax: 05 22 25 11 15

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



صحة العيون
للدالر البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le :

26/08/2020

NOTE D'HONORAIRE

Dr A. BENKIRAN
Ophtalmologiste

Ophtalmo Clinique de Casablanca
Rue des Papillons Oasis - Casa

Tél. : 0522 25 71 71 (S.G.) - Fax : 0522 25 11 15

Le Docteur

L'Honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mme, Mr, Mlle

KHAMLIKT KHADIJA

Et Lui adresse Selon L'usage, sa note D'Honoraire.

Soit La Somme de

1240

Dr A. BENKIRAN
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél. : 0522 25 71 71 (S.G.) - Fax : 0522 25 11 15

.....DHS

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 Web : www.ophtalmoclinique-casa.com
RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA

Maladies et Chirurgie des yeux

Laser Angiographie Lentilles de contact

Casablanca

Reçu de caisse

N° : 2008261230000210 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2666/20	KHAMLIHI KHADIJA	26/08/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		13 000,00
PAYANT	Total payé	13 000,00
TREIZE MILLE DIRHAMS		

Reçu établi par : OCC

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél.: 05 22 25 71 71 - Fax: 05 22 25 11 15

6 118001 251742

PH : 9771 DH 00



Ozurdex[®]

700 microgrammes, implant
intravitréen avec applicateur

Dexaméthasone

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre 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, demandez plus d'informations à votre médecin ou à 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 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 qu'OZURDEX 700 microgrammes, implant intravitréen avec applicateur et dans quel cas est-il utilisé?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser OZURDEX 700 microgrammes, implant intravitréen avec applicateur?
3. Comment utiliser OZURDEX 700 microgrammes, implant intravitréen avec applicateur?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver OZURDEX 700 microgrammes, implant intravitréen avec applicateur?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QU'OZURDEX 700 MICROGRAMMES, IMPLANT INTRAVITRÉEN AVEC APPLICATEUR ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

La substance active contenue dans OZURDEX est la dexaméthasone. La dexaméthasone appartient à la classe pharmacothérapeutique des anti-inflammatoires stéroïdiens (corticostéroïdes).

OZURDEX est indiqué dans le traitement des patients adultes présentant :

- une baisse d'acuité visuelle due à un œdème maculaire diabétique (OMD), chez des patients pseudophaques, ou considérés comme insuffisamment répondeurs à un traitement non corticoïde ou pour lesquels un traitement non corticoïde ne convient pas.
- un œdème maculaire suite à une occlusion de la branche veineuse rétinienne (OBVR) ou de la veine centrale de la rétine (OVCR)
- une inflammation du segment postérieur de l'œil de type uvéite non infectieuse.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER OZURDEX 700 MICROGRAMMES, IMPLANT INTRAVITRÉEN AVEC APPLICATEUR ?

N'utilisez jamais OZURDEX 700 microgrammes, implant intravitréen avec applicateur dans les cas suivants:

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la dexaméthasone ou à l'un des autres composants d'OZURDEX.
- si vous présentez une infection, quelle qu'elle soit, dans l'œil ou autour de l'œil (bactérienne, virale ou fongique)
- si vous souffrez d'un glaucome ou d'une tension élevée dans l'œil que votre traitement ne parvient pas à maîtriser correctement.
- si l'œil qui doit être traité n'a pas de cristallin et présente une rupture de la capsule (« l'enveloppe ») postérieure du cristallin.
- si l'œil qui doit être traité a un implant dans la chambre antérieure (implant intraoculaire de chambre antérieure) ou un implant fixé sur la partie blanche de l'œil (sclère) ou la partie colorée de l'œil (iris) et présente une rupture de la capsule (« l'enveloppe ») postérieure du cristallin.