

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

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.

## ntaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1578

Société : RAM

39782

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHAMALI CHI

Khaelija

Date de naissance : 47

Adresse : KASR NOUZHA, collée au MALL, Ap 14, Im 2

Casa

Tél. : 06-61-18-17-61

Total des frais engagés : 13:000 Dhs + 248,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : KHAMALI CHI KHAELJA Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : TVT OZHO

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.

14 SEP. 2020

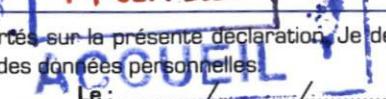
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....

Le : .....

Signature de l'adhérent(e) :

Y. Raouik



## **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
26 juillet 2020	Vais fac. sur Sect	N° 15267 A3000,-	N° 15267 A3000,-	OPHTALMO DE CASABLANCA 13, Rue des Passions OASIS Casablanca +212 05 22 25 71 71 - Fax: 05 22 25 71 15 KIRAN

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BADIA Bld Zone 3000 d'AZERBAIJAN Dar 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	

## **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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 26/8/2020

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1579 e-mail : ..... Phones : 06-61-18-17-61

Nom et Prénom de l'adhérent : KHAMLICHI Khaadija

Nom et Prénom du bénéficiaire : .....

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : .....

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. KHAMLICHI Khaadija

Nécessite .....

Un acte coté à la nomenclature (*préciser le coefficient*)

IVI OZURDZ. xii/0   
 Dr. BENKHEIRAH  
 Ophtalmologiste  
 3, Rue des Capilliers - Casablanca  
 Tel: 0522.25.71.150 - Fax: 0522.25.71.151

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.



Casablanca le : 26-08-20

ORDONNANCE MEDICALE

249,70 DHS

PHARMACIE RADIA  
EQ 3, 3000 Casablanca  
Dar Bouazza Casablanca

24,50  
ICIN (collyre)

1 gtté 4 fois par jour

S.V

CONCERNANT M.....

Khemliche  
Kledizi

58

INDOCOLLYRE (collyre)

S.V

1 gtté 4 fois par jour

164,90  
COSOPT Collyre

S.V

1 goutte 2 fois par jour

Dr BENKIRAN  
Dentiste  
A. BENKIRAN  
Ophtalmologie  
Ouljedzine

Dr BENKIRAN

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

Urgence 24/24



(LISTE 1) DOCUMENTS SUR ORDONNANCE - TABLEAU A

A red rectangular logo with a white border. Inside, there is a white stylized cross at the top. Below the cross, the text "RESPECTER LES DOSES PRESCRITES" is written in a bold, sans-serif font. At the bottom, the text "Ne pas insérer, Ne pas avaler" is visible.

لهم اصلح لي وللناس

Distributeur de l'AMM/Distributeur :  
 LaboDermos STOTHEMA  
 B.P. N° 1, 77182 Bouloisy-la-Motte  
 Sous licence : Syndicat chimique  
 Federation : Syndicat chimique  
 Route de Meaux : 93933 - RER-E  
 Cedex 4 - France  
 Rouen : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chibret  
 Paris : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chibret  
 Freneuil : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chibret

PYY 764.20 DH  
EXP 77 2021  
lot 1002108 7

**collyre en solution**  
Dorzolamide/  
Timolol  
Flacon de 5 ml

20 mg/ml + 5 mg/ml

**Cosopt®**

INDOCOLLYRE 0.1%  
 Collyre 5ml  
 ZENITH PHARMA  
 AMM N° 170/0MP/21/NRQDNM  
 LOT ١٧٠٢  
 EXP ٢٠٢٤  
 FAB ٢٠١٩  
 HS152  
 10-2019  
 03-2021

PPV: 27DH50

licin  
ליכין



81501

Casablanca le :

**26 août 2020**

**IVT OZURDEX AU NIVEAU DE L'OEIL GAUCHE**

**DR BENKIRAN ABDELFETTAH**

OPHTHALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA  
Casablanca - 05225.11.15  
Rue des Papillons Oasis - 10  
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : [www.occ.ma](http://www.occ.ma)

**Urgence 24/24**

DR BENKIRAN  
ABDELFETTAH



Casablanca le :

*26/08/2020*

**COMPTE RENDU OPERATOIRE**

Nom Prénom : KHAMLICHI 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. 052.25.71.71 (SLG) / Fax 052.25.11.15

*Docteur  
A. BENKIRAN  
Ophtalmologiste*

**Urgence 24/24**

# OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA

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

## F A C T U R E

N° 1 526 / 2020 du 26/08/2020

Nom patient	<b>KHAMLICHI KHADIJA</b>	Entrée	Sortie
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	26/08/2020	26/08/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
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
			<b>Sous-Total</b>	<b>11 086,00</b>
PHARMACIE	1,00		300,00	300,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>300,00</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>11 386,00</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. BENKIRAN ABDELFETTAH (ophtalmologue)	1,00	K40	1 614,00	1 614,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>1 614,00</b>
<b>Total prestations externes</b>				<b>1 614,00</b>

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

Encaissements	Espèces				<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
	13 000,00					

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



Casablanca le :

26/09/2020

### **NOTE D'HONORAIRE**

**Dr A. BENKIRAN**  
Ophtalmologiste

Ophtalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons Oasis - Casa  
Tél : 0522 25 71 71 (SLG) - Fax : 0522 25 11 15

**Le Docteur .....**

**L'Honneur de présenter ses meilleures salutations à**

**Mme, Mr, Mlle .....** KHAMICHT KHADJJA

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

**Soit La Somme de .....** 1.110

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

A.G.N. / DHS

**Urgence 24/24**

**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	KHAMLICHI 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





# 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 pseudophakes, 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.