

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

M22- 0016719

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 905 Société : 750934
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENLIDAM FATIMA
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BENLIDAM FATIMA Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affective
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 Praticien des Actes

18/11/23 5 400000 400000

Dr. M. H. HANANE
O.P.H. ALMOULOUSSI
24 Rue Imam Al-Moussaoui
Casablanca
Tél : 0522 71 67 1557
INPE : 091071866

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18.01.2023

74.20

PHARMACIE DU LIBAN S.A.L
504 Avenue 6 Novembre / 5
Cité Djennaa Casablanca
TEL: 05 22 37 11 27
CE : 002789988000033

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

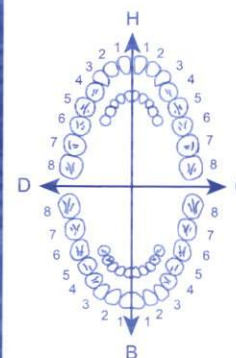
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

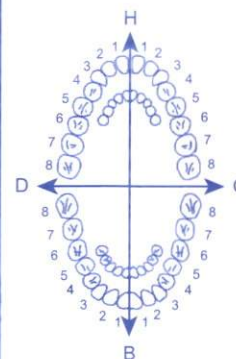
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار
طبيب داخلي سابقا
بمستشفيات باريس

Casablanca le :

18/11/23 الدار البيضاء

BENLIAM FAÏMA

24.60 fmkidex collere

1ste x 3/5/105

1ste x 2/7 20

20.80

fmkidex (pde)

la app/1/1

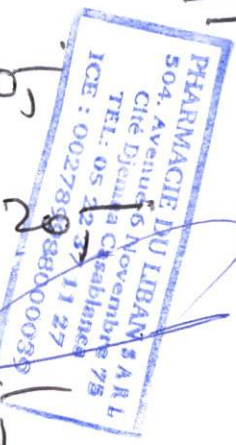
puis 1st/2 p 1st/15

28.80

Artéla

1ste x 5/-

74.20



Pr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE

24, Rue Imame Aloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la Gare), Casablanca
Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G.) - Fax: 05 22 26 66 77
05 22 26 66 77 - الفاكس : 05 22 26 66 77
05 22 27 67 46 / 51 (L.G.) - الفاكس : 05 22 26 66 77



INPE : 091071886

BAUSCH + LOMB

FRAKIDEX®

collyre en solution

Sulfate de framycétine, phosphate sodique de dexaméthasone



Veuillez lire attentivement cette notice 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

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ



6118001270118

LOT/عيار H8225
FAB/تاريخ الإنتاج 02-2022
EXP/تاريخ الانتهاء 01-2024

PPV : 24,60 DHS

instiller 1 goutte de collyre dans le cul-de-sac conjonctival inférieur de l'œil malade.

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

Puis, appuyez avec un doigt sur le coin de votre œil situé du côté du nez pendant 2 minutes. Cela permettra de réduire le passage des substances 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 sévères,
- 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 ophtalmologiste.

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 passage systémique non négligeable des principes actifs, une hypertension oculaire, une opacification du cristallin, une kératite superficielle, et un retard de cicatrisation.

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

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez

NOTICE D'UTILISATION

*Veuillez lire attentivement la notice avant l'usage.
Si vous avez des questions, adressez-vous à votre pharmacien.*

BAUSCH + LOMB

Artelac® 3,2mg/ml

Collyre en solution

Substance active : Hypromellose

Détenteur de la décision d'enregistrement/
de l'AMM, Fabricant et Conditionneur :

Dr. Gerhard Mann

Chem.-pharm. Fabrik GmbH

Brunsbütteler Damm 165/173

13581 Berlin

Allemagne

Distribué au Maroc par :

Zenith pharma

96, Zone Industrielle. Tassila Inezgane.

Agadir Maroc

Composition :

Principe actif du médicament :

1 ml de solution contient 3,20 mg
d'hypromellose.

La viscosité de la solution se situe entre 7
et 11 mPa · s.

Excipients :

Cétrimide, hydrogénophosphate
de sodium, dodécahydraté,
dihydrogénophosphate de sodium,
sorbitol, édetate de sodium
pour préparations injectables qsp

et contenu

gouttes de 10

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g

Distribué par : ZENITH PHARMA,

96 zone industrielle. Tassila Inezgane,

Agadir - Maroc.

PPV : 20.80 dh

AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

préparé
admini
il impo
possib
que so
une longue durée.

Posologie et durée d'administration

Le tableau clinique de l'«œil sec» exige
de procéder à un dosage individuel.
Si aucune posologie particulière n'est
recommandée, instillez 1 goutte dans le
cul-de-sac conjonctival inférieur de l'œil
3 à 5 fois par jour ou plus selon le besoin.
En général, un ophtalmologue doit être
consulté lors de l'utilisation de Artelac®
pour le traitement du "syndrome de l'œil
sec", ce qui nécessite habituellement un
traitement à long terme ou permanent.

Durée d'utilisation

L'utilisation s'effectue en règle générale
par une thérapie à long
terme ou une thérapie continue.

Avertissement :

En cas de thérapie à long terme ou de thérapie
continue de l'«œil sec», nous vous invitons à
toujours consulter un ophtalmologiste.
Veuillez également consulter votre médecin
ou votre pharmacien si vous souffrez d'effets
indésirables non mentionnés dans cette
notice.