

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

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

N° M21- 064593

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11881 Société : 80317

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MOURADI KARIMA

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 : 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-64593

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

P 17 / 044139



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

Cachet
MUPRAS



P 17 / 044139

DATE DE DEPOT

24/06/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 44881

Nom & Prénom MOURADI KARIMA

Fonction Agent Commercial Phone 0615354555

Mail KMOURADI@ROYALAIRMAROC.COM

Signature de l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient MOURADI KARIMA

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Age

Date 24.06.2021

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Cause et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

300,00 MA

PHARMACIE

Date 24/06/2021

Montant de la facture

+ 435,80 +

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

ACCUEIL

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date 26/07/2021

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

Monture optique + 2 verres correcteurs

3500,- dhs

INPE : 095009775

PROJECT VISION
53, Bd. Bourdeaux RUC Maroc 1332
Tel: 0522 21 55 51 / 0522 21 55 52 / 0522 21 55 53 / 0522 21 55 54

Ex-Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ophthamologie 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

مستشفيات باريس

Casablanca le :

24/6/2021
الدار البيضاء في :

OPERASI KARIMA

Hydro tal al

180.00
3/1/6w

2018
43580
ta kide x (pde) (ltahe)
la ppt / 1/5
35.00
43580
Sen Physio (Tul)

43580
092
Sen Physio (Tul)
la ppt / 1/5
Sen Physio (Tul)
la ppt / 1/5
Sen Physio (Tul)
la ppt / 1/5

24 Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca

الهاتف : 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس : 05 22 26 66 77

Tél : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdani@yahoo.fr

130,00

2023-03

LOT 298948

190DH

PPC:

130,00

2023-03

LOT 299663

190DH

PPC:

FRAXIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc.
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

git d'un collyre et même s'il s'agit d'un
enu sans ordonnance.

FRAXIDEX®

Pommade ophtalmique

Phosphate sodique de dexaméthasone - Sulfate de
framycétine

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

*Elle contient des informations importantes sur votre
traitement et sur votre maladie*

*Si vous avez des questions, 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, car cela pourrait lui être nocif.*

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Les substances actives sont : pour 100 g
Dexaméthasone (phosphate sodique de).....0,1 g
Framycétine (sulfate de)315 000 UI
Les autres composants sont : vaseline et paraffine liquide.

DÉTENTEUR DE LA D.E. / AMM:

LABORATOIRE CHAUVIN

416, rue Samuel Morse — CS 99535
34961 Montpellier Cedex 2, France

Nom et adresse du fabricant / 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

AMM France n° 326 452 1 3

CLV Algérie n° 096/17D125/01

AMM Tunisie n° 5283073

Médicament liste I

1. QU'EST-CE QUE FRAXIDEX®, Pommade ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Tube de 5 g.

Ce médicament est une pommade ophtalmique
contenant :

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

troubles du rythme cardiaque (astémizole, bépripil,
érythromycine en injection intra-veineuse, halofantane,
pentamidine, sparfloxacine, terfenadine, sultopride,
vincamine).

Informez votre médecin si vous utilisez du ritonavir ou
du cobicistat, car cela peut augmenter la quantité de
dexaméthasone dans votre sang.

Surdosage:

Aucun surdosage n'a été rapporté. Cependant, des
applications répétées de façon prolongée peuvent
entraîner un passage systémique non négligeable
des principes actifs, une hypertension oculaire,
opacification du cristallin, kératite superficielle et retard
de cicatrisation. De ce fait, une surveillance ophtalmique
particulièrement attentive est nécessaire.

3. COMMENT UTILISER FRAXIDEX®, Pommade ?

Voie locale. En application oculaire. Se laver
soigneusement les mains. Éviter de toucher l'œil et les
paupières avec l'embout du tube. Reboucher le tube
après utilisation. 1 à 3 applications par jour.

Appliquer une quantité équivalente à un grain de blé
dans le cul de sac conjonctival inférieur de l'œil malade
ou des yeux malades et éventuellement sur le bord
de la paupière.

Pour ce faire, tirer la paupière vers la bas tout en
regardant vers le haut et déposer la pommade entre la
paupière et le globe oculaire. Ne pas toucher l'œil et les
paupières avec l'extrémité du tube.

Reboucher le tube de pommade après utilisation.
La durée du traitement est en moyenne de 7 jours.
Conformez-vous strictement à l'ordonnance de votre
médecin. Ne prolongez pas le traitement
sans avis médical.

Un traitement plus long ou des applications plus
fréquentes peuvent vous être prescrits.

Si vous avez l'impression que l'effet de FRAXIDEX®,
Pommade est trop fort ou trop faible, consultez votre
médecin ou votre pharmacien.

Si vous avez utilisé FRAXIDEX®, Pommade plus de
fois que vous n'auriez dû : consultez immédiatement
votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre FRAXIDEX®, Pommade
: ne prenez pas de dose double pour compenser la dose
simple que vous avez oubliée de prendre. Appliquez la
dose oubliée dès que possible. Toutefois, si le moment est
déjà passé, ne prenez pas de dose supplémentaire.

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ophtamologie 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 :

24/6/2024
الدار البيضاء في :

Mourad Karima
Jennelly
Vafitellu

OD = (180, -2) - 2,00 (amincis)

Ob = (170, -1,00).

PROJECT VISION
53, Bd. Bordeaux RDC Mag. N°22
Casablanca
Tél: 05 22 20 69 51 - GSM: 06 61 68 49 04

M. HAMDANI
O.P.T. MED.
OPHTALMOLOGISTE
Casablanca - Bourgogne
Tél: 05 22 27 67 51
Rue Imaou Aloussi

Project Vision

Votre Vision, Notre Priorité

53, Boulevard de Bordeaux, Sidi Belyout
Casablanca, 20000
+212 (0)522 48 79 30
+212 (0)621 60 60 19



Facture

DATE: 26-07-2021
facture # 0000877

Facturer à :

MOURADI KARIMA

DESCRIPTION	Quantité	P.U/TTC	Prix Total TTC
Monture optique	1.00	1 000.00 MAD	1 000.00 MAD
Verres correcteurs	2.00	1 250.00 MAD	2 500.00 MAD
OD:-2.00(-2.00 a 180)			
OG:(-1.00 a 170)			

PROJECT VISION
53, Bd. Bordeaux RDC Mag. N° 32
Casablanca
Tel: 05 22 20 53 51 GSM: 06 61 68 49 04

Montant HT	2 916.67 MAD
% TVA	20.00%
Montant TVA	583.33 MAD
Autre	0.00 MAD
TOTAL TTC	3 500.00 MAD

Règlement par virement sur le compte bancaire suivant :

Banque: AttijariWafa Bank Casa Ziraoui

Numéro de compte: 007 780 000 769 5000 000 083 42

Nom du propriétaire du compte: Project Vision

Code BIC/SWIFT: BCMAMAMC

Montant Total à payer à l'ordre de Project Vision :

Trois mille cinq cent dirhams

Mode de paiement :

espece