

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.

ctique :

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 caractére 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- 064593

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11881 Société : 80317

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mouladi 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

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 **Nº 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 :

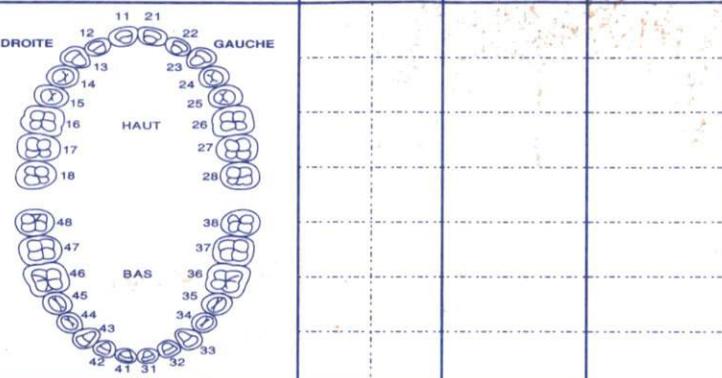
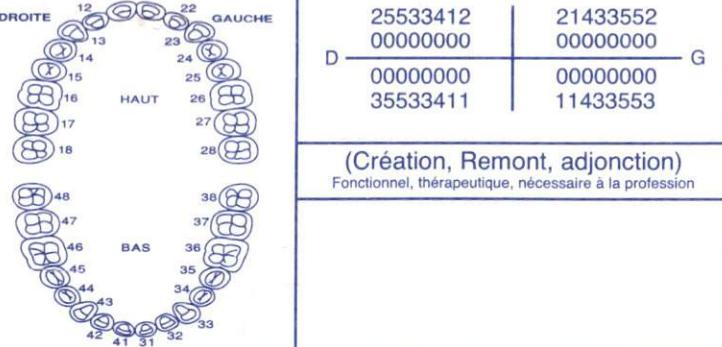
Autorisation CNPD N° : A-A215 / 2019

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 canalaires, 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							
												
DROITE	GAUCHE											
11 12 21 22	23 24 25 26 27 28											
13 14 15 16 17 18	19 20 21 22 23 24											
HAUT												
48 47 46 45 44	38 37 36 35 34											
BAS												
42 41 31 32 33	30 29 28 27 26											
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire										
		<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	D	H	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution	
D	H											
25533412 00000000	21433552 00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution										

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 17 / 044139		
 MUPRAS <small>Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc</small>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois <small>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</small>		
Cachet MUPRAS		

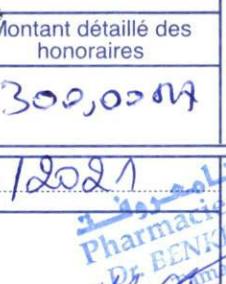


MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

P 17 / 044139

DATE DE DEPOT

26/06/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 44881		
Nom & Prénom		MONRADI KARIMA		
Fonction		Agent Commercial		
Phone		0615354655		
Mail		KMORADI@ROYALAIRMAROC.COM		
MEDECIN	Prénom du patient	MONRADI KARIMA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>		Age
Date 26.06.2021				
Date 1ère visite				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
		300,00 DA		
PHARMACIE		Date 24/06/2021		
Montant de la facture		+ 435,80 +		
		Dr. BENKIRANE Casa - 052265616		
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date 05/07/2021		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
		05/07/2021		
		1. BOUZACHANE		
		1. BACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 26/07/2021		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV
Monture optique + 2 verres correcteurs				
		35,00,- DA		
PROJECT VISION 53, Bd. Bordeaux - Casablanca - 2002 Tel: 0522253551 - 0522253552				
INPE : 095009775				

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 للأطفال والكبار

طبیب داخلی سابق پرستشگریات اباریس

Casablanca le : ..

بمستشفيات باريس
الدار البيضاء في : ٢٠٢١/٠٦/٢٩

24. رقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بوركون. الدار البيضاء

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

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmdani@yahoo.fr

190,00



2023-03



298948

190 DH

PPC:

190,00



2023-03



299663

190 DH

PPC:

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g

Distribué par : ZENITHPHARMA,

96 zone industrielle Tassila Inezgane,

Agadir- Maroc.

AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

PPV : 20.80 dh git d'un collyre et même s'il s'agit d'un
en sans ordonnance.

FRAKIDEX®

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
Dexamethasone (phosphate sodique de) 0,1 g

Framycétine (sulfate de) 315 000 UI

Les autres composants sont : vaseline et paraffine liquide.

DÉTEUR 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 FRAKIDEX®, 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.

medicaments pouvant donner certains
troubles du rythme cardiaque (astémizole, bêpridil,
érythromycine en injection intra-veineuse, halofantine,
pentamidine, sparfloxacine, terfénadine, 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
entrainer 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 FRAKIDEX®, Pommade ?

Voie locale. En application oculaire. Se laver
soigneusement les mains. Eviter de toucher l'oeil 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'oeil 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'oeil 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 FRAKIDEX®,
Pommade est trop fort ou trop faible, consultez votre
médecin ou votre pharmacien.

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

Si vous oubliez de prendre FRAKIDEX®, 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
proche pour prendre la dose suivante, omettez la dose

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 للأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

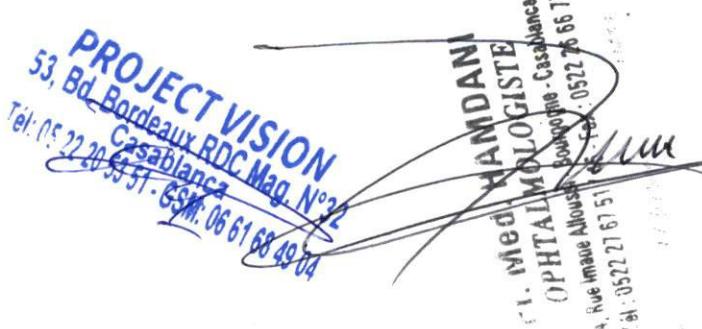
Casablanca le :

Le 24/6/2004
الدار البيضاء في :

Yousra & Karima
Jawhara & Nafitou

$$OD = (180, -2) - 2100 \text{ (avancé)}$$

$$Og = (170, -100).$$



24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصيخة بدر) بورڭون. الدار البيضاء

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

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmdani@yahoo.fr

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
 Tél: 05 22 20 53 51 GSM: 06 61 68 49 04

Règlement par virement sur le compte bancaire suivant :	Montant HT	2 916.67 MAD
Banque: AttijariWafa Bank Casa Ziraoui	% TVA	20.00%
Numéro de compte: 007 780 000 769 5000 000 083 42	Montant TVA	583.33 MAD
Nom du propriétaire du compte: Project Vision	Autre	0.00 MAD
Code BIC/SWIFT: BCMAMAMC	TOTAL TTC	3 500.00 MAD

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

Trois mille cinq cent dirhams

Mode de paiement :

espece