

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

itions 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.

macie :
Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ue :
L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ucation :
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.

aire :
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.

die 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

PRAS 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.

AS : 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- 080260
106010

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 11445 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAMANI HICHAM
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0662 016803 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N° : 0600996886
 Assuré : Safaa Errach
 N° Adhésion : 309
 Personne soignée : Safaa Errach
 Sinistre N° : 5196971
 Bordereau N° : 826176

Contractante : Centrale Automobile
 Cherifienn
 Date de réception de
 la déclaration : 24/12/2021
 Date de validation : 27/12/2021
 Date de survenance : 15/12/2021
 Déclaration N° : 20715763A
 Médecin Traitant : FILTY KHADIJA

Nature de soins	Frais engagés	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (a)	Frais remboursés par le premier assureur	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (c)= (a)*(b)
CONSULTATION / SPECIALISTE	200.00	NA	NA	200.00	NA	85.00 %	170.00
MEDICAMENTS	237.00	NA	NA	237.00	NA	85.00 %	201.45
Totaux	437.00			437.00			371.45

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
Totaux		

Nom du gestionnaire : ZAOUAL NORA

Date de l'édition : 27/12/2021

a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur clé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur clé.

Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur clé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.

b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.

c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.

SC®

ipient unidose

cette notice avant d'utiliser ce médicament.
ons importantes pour votre traitement.

ons, si vous avez un doute, demandez plus
sin ou à votre pharmacien.

is pourriez avoir besoin de la relire.

plus d'informations et de conseils, adressez-
1.

ravent ou persistent, consultez votre médecin.

effets indésirables non mentionnés dans cette
ntez un des effets mentionnés comme étant
ter votre médecin ou votre pharmacien.

UVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient
IL CAS EST-IL UTILISÉ?

INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT
SC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient

FETS INDÉSIRABLES EVENTUELS ?
VER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en

ALLAGE ET AUTRES INFORMATIONS

UVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient
UELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

itique - code ATC : S01XA20

pour soulager les signes d'irritation liés à la
d il existe une insuffisance de larmes). Vous
tre médecin si vous ne ressentez aucune
us sentez moins bien.

S INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT
ISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?

Mode d'administration

Voie locale.

EN INSTILLATION OCULAIRE.

Une unidose permet de traiter les deux yeux.

Utiliser une nouvelle unidose à chaque application de la jour

Pour une bonne utilisation du collyre, certaines précautions doi

- Se laver soigneusement les mains avant,
- Ne pas toucher l'œil ou toute autre surface avec l'embou
- Ne pas utiliser l'unidose si le capuchon semble cassé av
- Pour utiliser une unidose, procéder de la façon suivante



1. Détacher une unidose de la plaquette.
2. Tenir l'unidose à la verticale (capuchon tête en haut). Po
l'unidose, tourner complètement la partie plate afin de rom
3. Tirer doucement la paupière inférieure vers le bas en reg
haut. Renverser l'unidose et la presser légèrement pour
1 goutte dans l'œil ou les yeux à traiter. Cligner des yeux

Lorsque l'unidose est utilisée, la jeter immédiatement. Ne pa
ne pas la réutiliser.

Fréquence d'administration

Répartir les instillations au cours de la journée, en fonction d

Durée du traitement

Si les troubles persistent
qu'il adapte votre traitem

Si vous avez utilisé plu
récipient unidose que

Consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez d'utiliser CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, colly
récipient unidose :

Ne pas utiliser de dose double pour compenser la dose que
oubliée mais poursuivre simplement votre traitement.

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Collyre en récipient unidose

6 118001 251414

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40

un ophta

4 ml, co

FRAKIDEX®
collyre en solution

Sulfate de framycétine, phosphate sodique de dexaméthasone



**Veillez lire attentivement cette notice avant
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 EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique CORTICOÏDE ET ANTI-INFECTIEUX EN ASSOCIATION par voie locale (S : organes sensoriels) - code ATC : S01CA01

Ce médicament est un collyre (gouttes oculaires) contenant :

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

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines inflammations et infections de l'œil :

- Après chirurgie de l'œil,
- Dans des infections avec inflammation, dues à des bactéries pouvant être combattues par l'antibiotique contenu dans ce médicament.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER FRAKIDEX®, collyre en solution ?

N'utilisez jamais FRAKIDEX®, collyre en solution :

- si vous êtes allergique aux substances actives ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- si vous avez une infection débutante de l'œil d'origine virale,
- si vous avez une infection mycosique.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin, pendant la grossesse et l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser FRAKIDEX®, collyre en solution.

Contactez votre médecin en cas de vision floue ou d'autres troubles visuels.

Mises en garde spéciales

- Ne pas injecter, ne pas avaler.
- Chez certains patients ce médicament peut entraîner une augmentation de la pression oculaire et/ou un retard de cicatrisation.
- Adressez-vous à votre médecin si vous ressentez un gonflement et une prise de poids au niveau de votre tronc et de votre visage car ce sont généralement les premières manifestations d'un syndrome

Lavez-vous soigneusement les mains avant de pratiquer l'instillation. Evitez le contact de l'embout du récipient avec l'œil et les paupières. Flacon avec bouchon perforateur : avant la première utilisation, vissez le bouchon sur le flacon afin de le percer avec le picot interne du bouchon.

Flacon compte-goutte : avant la première utilisation, enlevez la bague de sécurité.

En regardant vers le haut et en tirant la paupière inférieure vers le bas instiller 1 goutte de collyre dans le cul-de-sac conjonctival inférieur du 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
- 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 ophtalmologue.

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 p... système non négligeable des principes actifs, une hypertension oc... 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 oubliée de prendre.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout

- Sensation de brûlure, larmolement, gêne, rougeur oculaire (conjonctivale) ;
- Allergie ;
- En usage prolongé, risque d'augmentation de la pression oculaire ;
- Opacification du cristallin, de kératite superficielle ;
- Retard de cicatrisation, surinfection ;
- Fréquence indéterminée : vision floue ;
- Problèmes hormonaux : croissance de poils sur le corps (en particulier chez les femmes), faiblesse et fonte musculaire, vergetures (taches violacées sur la peau, augmentation de la pression artérielle, règles irrégulières ou absence de règles, changements des niveaux de protéines et de calcium dans votre corps, croissance ralentie chez les enfants et les adolescents et gonflement et... corps et du visage (appelés FRAKIDEX Collyre 5ml

Si vous présentez des dommages situés à l'avant de l'œil) les phos... rares cas, des troubles de la visio... pendant le traitement (nuage) (précautions »).

ZENITH PHARMA
PPV : 24.60 DHS
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

précautions »).

Déclaration des effets secondaires : 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.

5. COMMENT CONSERVER FRAKIDEX®, collyre en solution ?

Tenir ce médicament hors de la vue et de la portée des enfants. N'utilisez pas ce médicament après la date de péremption indiquée : la conditionnement extérieur. La date de péremption fait référence au dernier jour de ce mois.

Ce médicament est à utiliser dans les 15 jours après ouverture.

Dr KHADIJA FILTY

Spécialiste des maladies et
Chirurgie des yeux
Ex chef de Service Ophtalmologie
à l'hôpital Mohamed SEKKAT
Aïn chock
Membre de la société française
d'ophtalmologie Paris
certificats médicaux pour permis de conduire



الدكتورة خديجة فلتى

اختصاصية في أمراض و جراحة
العيون

طبيبة رئيسة سابقة بقسم أمراض العيون
بمستشفى محمد السقاط عين الشق
عضوة بالجمعية الفرنسية لطب العيون باريس
تسليم الشواهد الطبية من أجل رخصة السياقة

Ordonnance

Casablanca le : 15/12/2021 : الدار البيضاء في :

ERRACH SAFAA

1- Fraskidex collyre (1fl)
24.60 Iste x 4/1

2- Nacbek collyre (1fl)
84.00 x 2 Iste x 3/1

3- Celluvise unidross (1fl)
44.40 Iste x 4/5 (100/1)

الدكتورة خديجة فلتى
Dr. Khadija FILTY
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
Ophtalmologiste
Tel : 05 22 37 07 43 - Casablanca

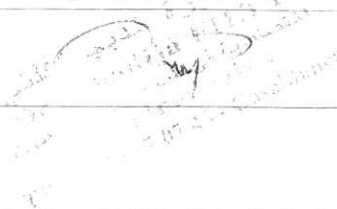
شارع واد الذهب، رقم، 106، الطابق الأول، فوق مقهى أنكونا (قرب صيدلية سكيبة)، بن مسيك سباتة الدار البيضاء

Boulevard oued ED-DAHAB, N° 106, 1er étage, Ben msik, Casablanca

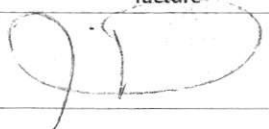
Renseignements concernant le patient

Nom du patient : ERRAGH Prénom(s) du patient : SAFAA
 Date de naissance : 11/12/2021 Lien de parenté avec l'assuré(e) : SA
 Nature de la maladie : Conjonctivite
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : Chute
 Fait à : Casablanca, le 11/12/2021

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
11/12/2021	1	Cs	237,00	

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
15.12.21	237,00	

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet ou du radi

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis ☐ Nombre de séances : Établi le :
 Facture ☐ Nombre de séances : Établi le :

Date des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet N° d'autorisation d'ex
	AM	PC	IM	IV		

Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fiche dos

IAM

Sanlam group

portantes

personne et par maladie

doit comporter les cachets
in traitant, les noms et les
née (bénéficiaire) inscrits de

doit être accompagnée de
scrivant les médicaments,
laboratoire, ainsi que toutes

a personne malade doivent
ar les praticiens eux-mêmes,

nt une maladie doivent être
s les trois mois au plus tard
médicale.

r les causes, circonstances,

s et PPM concernant les
nts aux ordonnances.

dicale ou chirurgicale, la
t être accompagnée d'une
es, la ventilation des frais
d'hospitalisation et le détail
ues.

onaires et ordonnances remis
conservés par la Compagnie.

● Tout dossier retourné pour complément d'informations
doit être retransmis à la Compagnie dans un délai d'un
mois.

● Pli confidentiel : dans le cas où la maladie aurait un
caractère confidentiel, en préciser la nature sous pli
cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Compagnie.

● L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse
et de maternité est payable sur présentation d'un extrait
d'acte de naissance du nouveau né.

● Lorsque la personne bénéficie d'un premier
remboursement auprès d'un régime de prévoyance,
l'assuré(e) doit remettre à la Compagnie les photocopies
des pièces justificatives et l'original du décompte de
règlement délivré par cet organisme.

● Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de
21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat de
scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.

● Dans le cas où le conjoint de l'assuré ne bénéficierait
d'aucun régime de prévoyance, demander le questionnaire
relatif à la prise en charge du conjoint et/ou des enfants.
Ce document doit nous être retourné dûment rempli et
accompagné des pièces justificatives nécessaire.

● Réclamations : toute réclamation doit être formulée au
plus tard dans un délai d'un mois à compter de la date de
dépôt du dossier maladie.

● Toute fausse déclaration est passible des sanctions
prévues par la Loi.

surances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n°99-17° portant code des assurances * siège social
laroc * RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 * Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025 - ICE : 000230054000034 * Tél : 0522.43.56.00 * Fax : 0522.20.60.81

Police n° :



SAHAM

Assurance

member of Sanlam group

Déclaration de maladie N°

20715763

A

Maladie ☒

Maternité ☐

Optique ☐

Traitements spéciaux ☐

Société contractante

Société contractante :
N° de police :
N° d'adhésion :
N° d'adhésion du conjoint :

Cachet de la société contractante

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : EKRACH Prénom(s) : Sofia
N° de C.I.N : Date de naissance : 11/02/1988
Adresse : Jawhara, Rue 7, N° 14, Casablanca Ville : Casablanca
Montant des frais engagés : 437,00 DH N° GSM : 0681301678

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 : Casablanca, le 15/12/2021

Signature de l'assuré(e)

Clause « Protection des données personnelles »

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.
La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.
Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.
L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°08-09° relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.
L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.
Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du siège social de SAHAM Assurances, sis au 216, Boulevard Zerktouni - 20000 CASABLANCA - Tél : 00 56 43 0522 - MAROC.
De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

SAHAM Assurance, Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n°99-17° portant code des assurances * siège social
216, Boulevard Zerktouni - 20000 Casablanca Maroc * RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 * Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025 - ICE : 000230054000034 * Tél : 0522.43.56.00 * Fax : 0522.20.60.81

VOLET DÉTACHABLE

Police n° :