

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

Données générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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

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
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

N° M21- 080282

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00243

Société : ALU 798

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKHALIFI Ned

Date de naissance : 01/01/1983

Adresse : Jardin de Californie Bd de FES App' CO CASABLANCA

Tél : 0660 345557

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

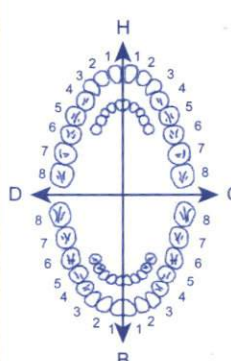
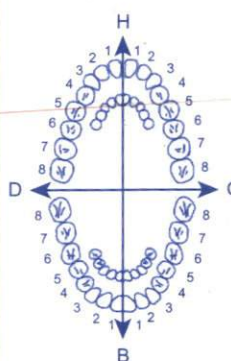
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 b

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> B 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> B 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>			
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Tawfik Jellal

Ophthalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Ex Résident de l'Institut du glaucome de la
Fondation de l'hôpital Saint-Joseph à Paris.
Membre de l'Institut Européen du Glaucome
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX

- * Angiographie
- * Laser
- * Lentilles de contact
- * Champ Visuel Automatisé

Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : 26/03/2022.....

N° Laila Abdelbom

cholesterol

Glycémie à jeun

ASGlyc

MEDICALES D'AGADIR
Dr Tawfik Jellal
Ophthalmologiste
24, Rue de Baghdad
Casablanca - 05.22.20.94.31

Dr. Tawfik Jellal
OPHTHALMOLOGISTE
24, Rue de Baghdad

24 Rue Baghdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Maâni) 1er étage - Casablanca
Tél: 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24 E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr

24 زنقة بغداد (زاوية زنقة أكادير ومصطفى المعاني) الطابق الأول - الدار البيضاء / الهاتف : 05.22.20.94.31

Docteur Tawfik Jellal

Ophthalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Ex Résident de l'Institut du glaucome de la
Fondation de l'hôpital Saint-Joseph à Paris.
Membre de l'Institut Européen du Glaucoma

MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX

- * Angiographie
- * Laser * Lentilles de contact
- * Champ Visuel Automatisé

agréée pour permis de conduire

Casablanca Le : 26/03/2022

M^{lle} Latifa Andaloum

95.00

Per os

EXTROMG remplace MAGNY B6
après accord du medecin traitant

Magn. B6

1x 2x / 10j

SV

Dans les 2 yeux

95.20

Tobradex

1x 2x / 8j

SV

20.80

Frakider pommade 1x 2x / 8j

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHABILI LAHLOU
Rés «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fes Imm. 1 Californie
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

DR. TAWFIK JELLAL
OPHTHALMOLOGISTE
44, Rue de Baghdad
Tél: 05.22.20.94.31

T: 151.50

1 Rue Baghdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El)

Tél: 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24 E-mail : t

مصطفى المعاني / الطابق الأول - الدار البيضاء / الهاتف : 5.22.20.94.31

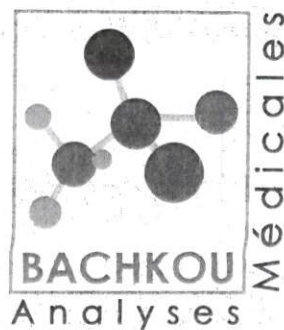
6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0.3/0.1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/18 DMP/21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DHS

406835 MA

مختبر التحليلات الطبية باشكو

Laboratoire d'Analyses Médicales Bachkou

2204010025 - Mme Latifa ANDALOUSSI



Docteur KENZA TAYEB
Médecin Biologiste

- Hématologie
- Bactériologie
- Virologie
- Immunologie
- Parasitologie
- Mycologie

Cholestérol total

(Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)

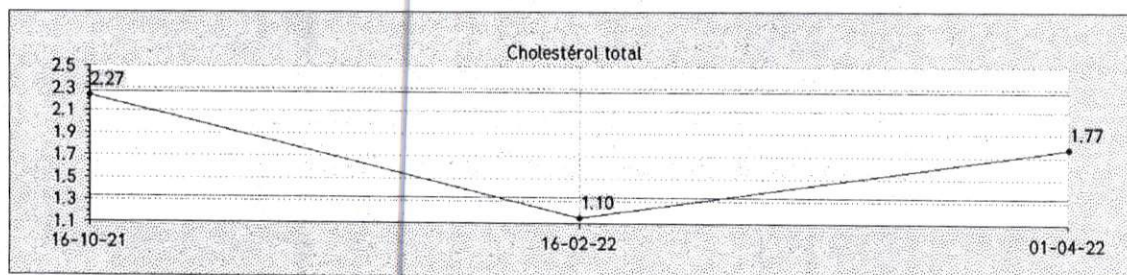
1.77 g/l

(1.30-2.30)

1.10

4.58 mmol/L

(3.36-5.95)



HDL-Cholestérol

(Dosage enzymatique colorimétrique (PEG) Roche / Cobas)

0.38 g/L

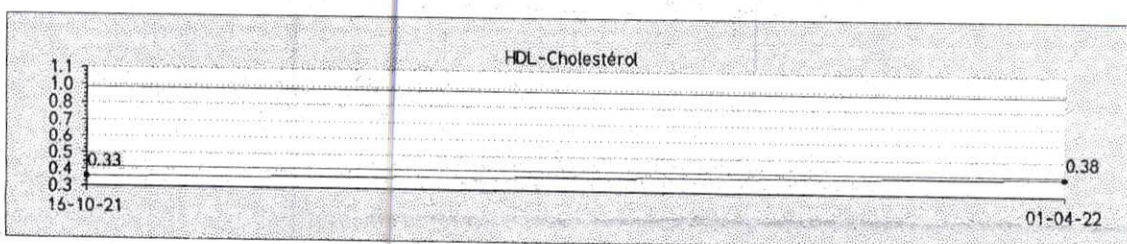
(0.40-0.94)

16-10-2021

0.33

0.76 mmol/L

(0.80-1.88)



LDL-Cholestérol

(Calculé selon la formule de Friedwald)

1.18 g/L

(1.10-1.60)

16-10-2021

1.61

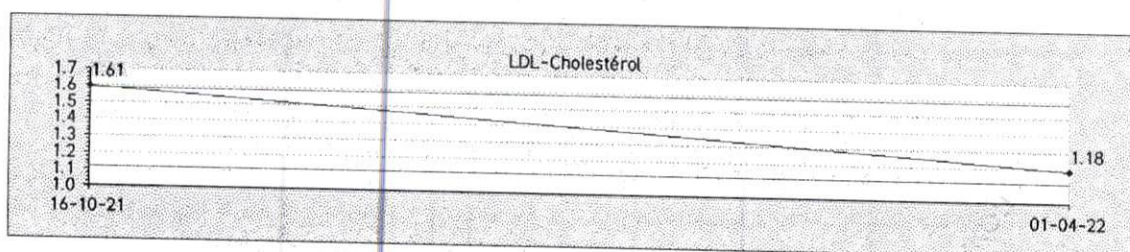
3.05 mmol/L

(2.85-4.14)

Valeurs souhaitables du LDL-Cholestérol en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire Selon l'AFSSAPS :

- Absence de facteur de risque : LDL < 2,20 g/l (5,70 mmol/l)
- Présence d'un facteur de risque : LDL < 1,90 g/l (4,90 mmol/l)
- Présence de 2 facteurs de risque : LDL < 1,60 g/l (4,14 mmol/l)
- Présence de 3 facteurs de risque : LDL < 1,30 g/l (3,36 mmol/l)
- Présence d'antécédent de maladie cardiovasculaire : LDL < 1,00 g/l (2,58 mmol/l)

NB : Facteurs de risque : Diabète, Tabac, HTA, Obésité, Age > 60 ans, HDL < 0,40 g/L, Sédentarité, ATCD de maladie cardiovasculaire familiale.



Triglycérides

(Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)

1.07 g/L

(0.40-1.60)

16-10-2021

1.63

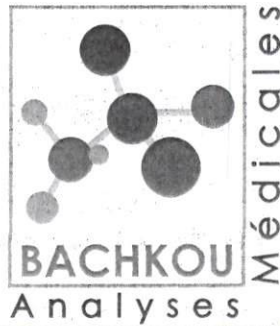
1.22 mmol/L

(0.46-1.82)

مختبر التحليلات الطبية باشكو

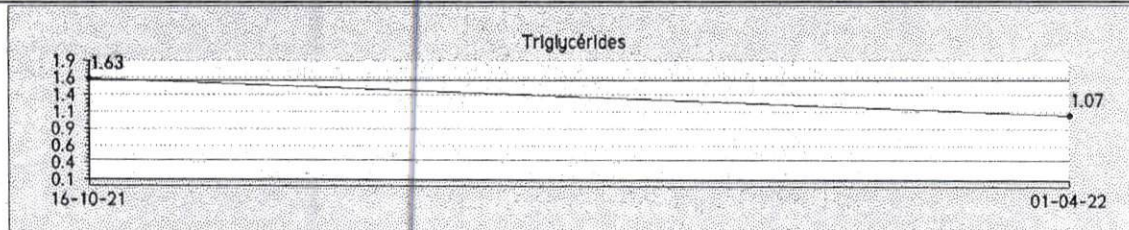
Laboratoire d'Analyses Médicales Bachkou

2204010025 - Mme Latifa ANDALOUSSI



Docteur Kenza TAYEB
Médecin Biologiste

- Hématologie
- Bactériologie
- Virologie
- Immunologie
- Parasitologie
- Mycologie



Validé par Dr. TAYEB Kenza

Laboratoire d'Analyses Médicales Bachkou
Dr. Tayeb Kenza
Médecin Biologiste
May 2, 2022
Casablanca

Hay Bachkou, N° 70 Rés. Atlas 2 N°3 Lot. Bachkou - Casablanca

Tél : 05 22 85 65 50 - Fax : 05 22 81 73 44 - labobachkou70@gmail.com

ICE : 001917124000053 - Patente : 36375554 - R.C : 422272 - IF : 18755413

Codes INPE Dr. Kenza TAYEB : 097163620 - Codes INPE Laboratoire : 093061307

- Hématologie
- Bactériologie
- Virologie
- Immunologie
- Parasitologie
- Mycologie

FACTURE N° : 000012114

CASABLANCA le 01-04-2022

Mme ANDALOUSSI Latifa

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Val	Clefs	
9105	Prélèvement sanguin	E25	E	
depl	DEPL A DOMICILE	E50	E	
0106	Cholestérol total	B30	B	
0108	Cholestérol H D L	B50	B	
0109	Cholestérol L D L	B50	B	
0118	Glycémie	B30	B	
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B	
0134	Triglycérides	B60	B	

Total des B : 320

TOTAL DOSSIER : 500.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cents dirhams .

(Signature)
Docteur KENZA TAYEB
Médecin Biologiste
Bachkou RCE A
Casablanca - Tél: 05 22 85 65 50

Date du prélèvement : 01-04-2022 à 10:34
Code patient : 2108030024
Né(e) le : 04-05-1946 (75 ans)

Mme ANDALOUSSI Latifa
Dossier N° : 2204010025
Prescripteur :



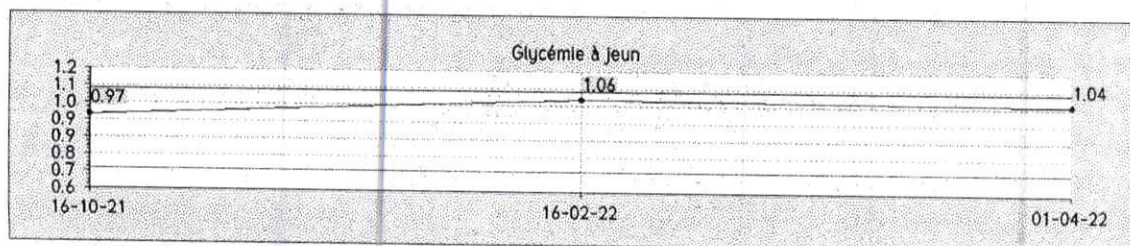
BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun

(Hexokinase G6PD-H – Roche Diagnostics Cobas)

1.04 g/L (0.70–1.10)
5.77 mmol/L (3.89–6.11)

16-02-2022
1.06



Consensus:

- Taux normal : de 0,60 à 1,10 g/L
- Diminution de la tolérance au glucose : de 1,10 à 1,26 g/L
- Sujet diabétique : > à 1,26 (sur deux prélèvements distincts)

Hémoglobine glycosylée

(HPLC GX TOSOH)

5.90 % (4.00–6.30)

Interprétation

Absence de variant d'hémoglobine.
Bilan glycémique normal.

Interprétation des résultats selon la standardisation du NGSP:

- 4.5-6,3%: Intervalle non-diabétique. (Sujet normal)
- < 6,5 %.....: Excellent équilibre glycémique (DNID)
- < 7 %.....: Excellent équilibre glycémique (DID)
- 8 – 10 %.....: Equilibre glycémique médiocre, action corrective suggérée
- 10 %.....: Mauvais équilibre glycémique, action corrective nécessaire

Note: Le résultat est sous réserve de l'absence d'interférence de paramètres suivants:

– Durée de vie des hématies (hémorragie, hémolyse, transfusion, réticulocytose..).

– Hémoglobinopathies, insuffisance rénale, maladies métaboliques et médicaments

Dans ces cas il est souhaitable de pratiquer un dosage d'une autre protéine glyquée telle la Fructosamine.

16-02-2022

- pendant la grossesse et l'allaitement,
- en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions).

Mises en garde

Ne pas avaler. En cas d'allergie, le traitement doit être arrêté.

Chez certains patients, ce médicament peut entraîner une augmentation de la pression intraoculaire 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 appelé le syndrome de Cushing. L'inhibition de la fonction des glandes surrénales peut se développer après l'arrêt d'un traitement à long terme ou intensif avec Frakidex[®], pommade ophtalmique. Parlez-en à votre médecin avant d'arrêter le traitement par vous-même. Ces risques sont particulièrement importants chez les enfants et les patients traités par un médicament appelé ritonavir ou cobicistat.

Prendre des précautions particulières avec FRAKIDEX[®], Pommade

- L'usage de ce médicament doit être évité chez le nourrisson.
- En l'absence d'amélioration rapide ou en cas d'apparition de symptômes anormaux, consulter votre médecin.
- En cas de traitement prolongé par cette pommade, une surveillance par l'ophtalmologiste est nécessaire.
- Ne pas prolonger le traitement au-delà de la date prévue sans avis médical (risque de passage non négligeable du corticoïde dans la circulation générale).
- En cas de traitement par un collyre, instiller ce collyre au moins 15 minutes après l'application de la pommade ophtalmique.
- Le port des lentilles de contact est à éviter durant le traitement.
- Ne pas toucher l'œil ou les paupières avec l'extrémité du tube.
- Reboucher soigneusement le tube de pommade après usage.

Grossesse et allaitement : L'utilisation de ce médicament est contre indiquée pendant la grossesse. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez rapidement votre médecin : lui seul pourra adapter le traitement à votre état. L'utilisation de ce médicament est déconseillée pendant l'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines :

En cas de gêne oculaire importante liée à l'adhérence de la forme pommade, il est recommandé d'attendre la fin des symptômes pour conduire un véhicule ou utiliser une machine.

Sportifs : Sportifs, attention, ce médicament contient un principe actif (dexaméthasone) pouvant induire une réaction positive des tests pratiqués lors des contrôles antidopage.

Utilisation ou prise d'autres médicaments : Veuillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, en

font 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 gain de poids au niveau du corps et du visage (appelés « syndrome de Cushing »).

En présence de tout symptôme anormal, consultez immédiatement votre médecin. Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

5. COMMENT CONSERVER FRAKIDEX[®], Pommade ?

A conserver à une température inférieure à 25°C. Ne laisser ni à la portée, ni à la vue des enfants. Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur le tube.

6. CONSEILS / ÉDUCATION SANITAIRE "Que savoir sur les antibiotiques ?"

Les antibiotiques sont efficaces pour combattre les infections dues aux bactéries. Ils ne sont pas efficaces contre les infections dues aux virus.

Aussi, votre médecin a choisi de vous prescrire cet antibiotique parce qu'il convient précisément à votre cas et à votre maladie actuelle.

Les bactéries ont la capacité de survivre ou de se reproduire malgré l'action d'un antibiotique. Ce phénomène est appelé résistance : il rend certains traitements antibiotiques inefficaces.

La résistance s'accroît par l'usage abusif ou inapproprié des antibiotiques. Vous risquez de favoriser l'apparition de bactéries résistantes et donc de retarder votre guérison ou même de rendre inactif ce médicament, si vous ne respectez pas :

- la dose à prendre,
- les moments de prise,
- et la durée du traitement.

En conséquence, pour préserver l'efficacité de ce médicament :

1. N'utilisez un antibiotique que lorsque votre médecin vous l'a prescrit.
2. Respectez strictement votre ordonnance.
3. Ne réutilisez pas un antibiotique sans prescription médicale même si vous pensez combattre une maladie apparemment semblable.
4. Ne donnez jamais votre antibiotique à une autre personne, il n'est peut-être pas adapté à sa maladie.
5. Une fois votre traitement terminé, rapportez à votre pharmacien toutes les boîtes entamées pour une destruction correcte et appropriée de ce médicament.

Notice révisée en 08/2020.
MAG012E03-12.06 / 49315PB572/7-MAG

BAUSCH + LOMB LABORATOIRE CHAUVIN

416, rue Samuel Morse - CS 99535
34961 Montpellier Cedex 2, France
Information Médicale : + 33 (0) 4 67 12 30 30

FRAKIDEX®

Pommade ophtalmique
Phosphate sodique de dexaméthasone
framycétine

Lisez attentivement l'inté-
avant d'utiliser ce médicament.

Elle contient des informations impor-
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 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.

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

- 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. INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT D'UTILISER FRAKIDEX®, Pommade

Ne pas utiliser FRAKIDEX®, Pommade dans les cas
suivants :

- Antécédent d'allergie à l'un des constituants de la
pommade, notamment à la framycétine (antibiotique
de la famille des aminosides),
- Infection débutante de l'œil d'origine virale,
- Affection mycosique.

Ce médicament NE DOIT GÉNÉRALEMENT PAS ÊTRE
UTILISÉ, sauf avis contraire de votre médecin :

- pendant la grossesse et l'allaitement.

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENTH PHARMA,
96 Zone Industrielle Tassila Inezgane,
Agadir - Maroc.
AMM N° 3019/DMP/21/MRDDNM
PPV : 20 80 dh

Il s'agit d'un collyre et même s'il s'agit d'un
obtenue sans ordonnance.
Certains des médicaments pouvant donner certains
effets du rythme cardiaque (astémizole, bépripil,
érythromycine en injection intra-veineuse, halofantine,
pentamidine, sparflaxacine, 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
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 FRAKIDEX®, 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 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
presque venu de prendre la dose suivante, omettez la dose
oubliée. En cas de doute, n'hésitez pas à prendre l'avis de
votre médecin.


4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, FRAKIDEX®, Pommade,
est susceptible d'avoir des effets indésirables Possibilité :

- d'irritation locale transitoire : prurit, gonflement
des paupières et rougeur de l'œil,
- de sensation de brûlure, larmolement, gêne.

Risque :


- de réaction d'hypersensibilité,
- en usage prolongé, d'augmentation de la pression
oculaire, d'opacification du cristallin, de kératite
superficielle,
- de retard de cicatrisation, de surinfection
- Fréquence indéterminée : vision floue.
- Problèmes hormonaux : croissance de poils sur le
corps (en particulier chez les femmes), faiblesse et

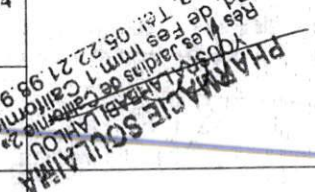
Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
26/03/2022		CS	Gratuit		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والتصوير	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
02/04/22	B:720	-	500,00		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux		
26/03/22	151,50			
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

تعليمات يجب إتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
(وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية
المشترقة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية. ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة . يجب تقديم الملف في حدود شهرين(60يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا تاريخ الإيداع:	تاريخ الاستلام: ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا _ ا Date d'arrivée:

 الضمان الاجتماعي +الO+ +الC+ CNSS Le devoir de vous protéger	0660545557 ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-02				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">* موافقة مسبقة *</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">* تنفيذ *</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Entente préalable *</td> <td style="text-align: center;">Exécution *</td> </tr> </table>	* موافقة مسبقة *	* تنفيذ *	Entente préalable *	Exécution *	
* موافقة مسبقة *	* تنفيذ *					
Entente préalable *	Exécution *					

N° Dossier : 94013988

خاص بالمؤمن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي :

Nom et prénom : ANDALOUSSI Latifa

N° Immatriculation : 11861721181

رقم التسجيل :

N° CIN : E88945

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ها) *

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse : Jardins de Californie Bd de Fes - App^t 09
CASA

العنوان :

Montant des frais :

مبلغ المصاريف :

151,50 Dhs

09

Nombre de pièces jointes :

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

تاريخ الازدياد :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☐ ذكر F ☐ أنثى

الجنس* :

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفّر **

Médecin traitant
 الطبيب المعالج

Etablissement de soins
 المؤسسة العلاجية

Type de soins*

نوع العلاجات*

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادثة Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à :

أشهد بصدق كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à :

Le :

ب:

Le :

ب:

في:

ب:

في:

ب:

توقيع المؤمن له
 Signature de l'assuré(e)

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

– • Cocher la mention utile pour chaque case

- ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres.

080 203 3333 - الهاتف: 080 203 3333
CNSS, Place de DAKAR Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : 610-2-06 : REF

Référence structurée : 220415017294421

Emis à Casablanca le : 21/04/2022

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

ANDALOUSSI LATIFA
HDAIK CALIFORNIE APPT 19 IMM C ETG 4
CALIFORNIE
CASABLANCA 2000

N° d'immatriculation : 186172518
Règlement du mois : 04/2022
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
ANDALOUSSI LATIFA										
094013988	26/03/2022	CG	MR SOULAMI SAAD	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
094013988	26/03/2022	B	LABORATOIRE BACHKOU	500,00	1,10	320,00	1,00	352,00	70	246,40
094013988	26/03/2022	PHN	PHARMACIE SOULAIMA	191,00	35,70	1,00	1,00	35,70	00	0,00
Total remboursé pour LATIFA										246,40
Total général remboursé										246,40

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان