

# ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Sons 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. validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

## Education :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00.143 Société : ANAF

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL KHARIFI Nasser

Date de naissance : 01.01.1963

Adresse : Jardins de California Bd de Fès App'co CASABLANCA

Tél. : 0660 845557 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) : .....



### RELEVE 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	

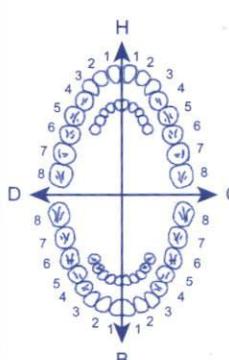
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan.

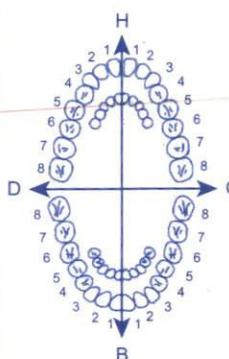
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION


  
**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
B	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'EXECUTION

**Docteur Tawfik Jellal**

**Ophtalmologiste**

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



**الدكتور توفيق جلال**

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - علاج بالليزر

الحال البصري الآلوماتيكي

العدسات اللاصقة

**Agrée pour permis de conduire**

Casablanca Le : 26/03/2022

N° Lalifa Andaloum

cholestase

Glycémie à jeûn

ABGlyc



24 Rue Bagdad (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 Glaucome

**MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX**  
 \* Angiographie  
 \* Laser \* Lentilles de contact  
 \* Champ Visuel Automatisé



الدكتور توفيق جلال

خريج كلية الطب بباريس  
 اختصاصي في أمراض وجراحة العين  
 تصوير الأوعية - علاج بالليزر  
 المجال البصري الآلي  
 العدسات اللاصقة

agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : 26/03/2022

M<sup>me</sup> Latifa Andaloum

95.00

Per os EXTromgy remplace MAGny BC  
 après accord du medecin traitant  
 Nafni 36 1x 2x / 10 SV

Dans les 2 yeux

35.70 Tobradex 1/ 3x / 8 SV

20.80 Frakider pommade le 2x 8 SV

**PHARMACIE SOULAIMA**  
YOUSSEF ABBABI LAHLOU  
 Res. «Les Jardins de Californie 2»  
 Bd. de Fes Imm. 1 Californie  
 Casa. Tel: 05.22.21.98.94

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  
 5.22.20.94.31 و المصطفى المعانى الطابق الأول - الدار البيضاء / الهاتف :

**Dr. TAWFIK JELLAL**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
 24, Rue de Bagdad  
 Tel: 05 22 20 94 31

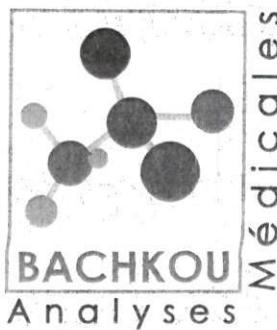
6 118001 070596  
 Laboratoires Sothema Bouskoura  
 Tobradex® 0.30.1% collyre en suspension 5 ml  
 AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21 NTO  
 Boîte de 1 flacon.  
 PPV : 35,70 DHS

406835 MA

# مختبر التحاليلات الطبية باشكو

## Laboratoire d'Analyses Médicales Bachkou

2204010025 – Mme Latifa ANDALOUSSI



Docteur Kenza TAYEB  
Médecin Biologiste

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

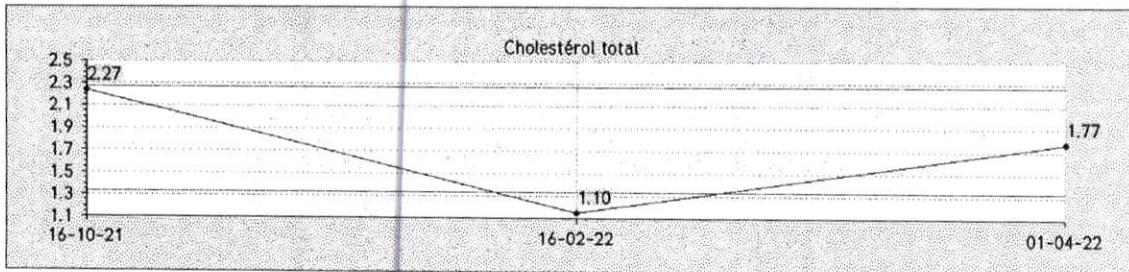
### Cholestérol total

(Dosage enzymatique – Roche Diagnostics Cobas)

1.77 g/l  
4.58 mmol/L

(1.30–2.30)  
(3.36–5.95)

1.10



### HDL-Cholestérol

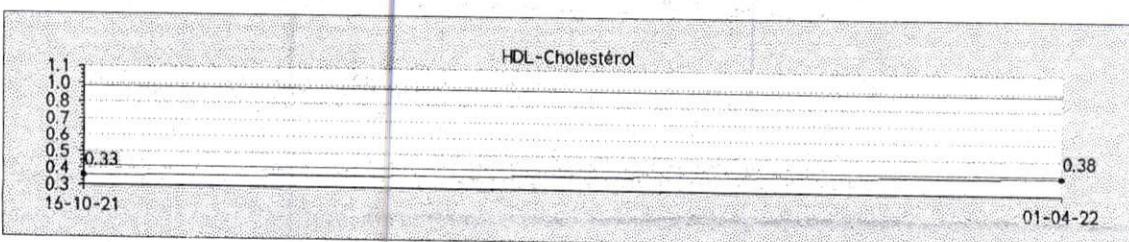
(Dosage enzymatique colorimétrique (PEG) Roche / Cobas)

0.38 g/L  
0.76 mmol/L

(0.40–0.94)  
(0.80–1.88)

16-10-2021

0.33



### LDL-Cholestérol

(Calculé selon la formule de Friedwald)

1.18 g/L  
3.05 mmol/L

(1.10–1.60)  
(2.85–4.14)

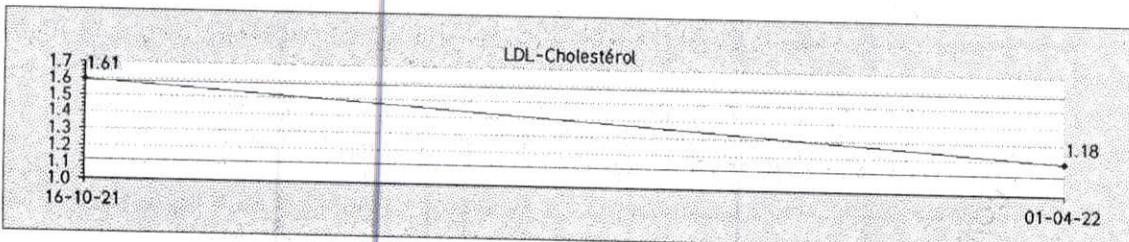
16-10-2021

1.61

**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  
1.22 mmol/L

(0.40–1.60)  
(0.46–1.82)

16-10-2021

1.63

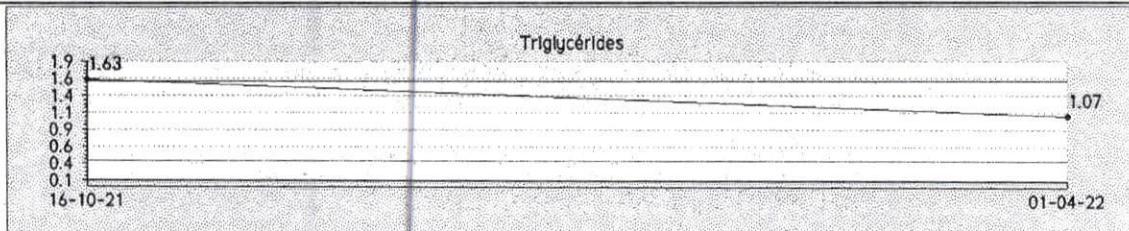
مختبر التحاليل الطبية باشكو  
Laboratoire d'Analyses Médicales Bachkou

2204010025 – Mme Latifa ANDALOUSSI



Docteur Kenza TAYEB  
Médecin Biologiste

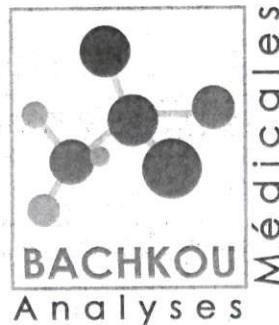
- Hématologie
- Bactériologie
- Virologie
- Immunologie
- Parasitologie
- Mycologie



Validé par Dr. TAYEB Kenza

Dr. Kenza Tayeb  
Laboratoire d'Analyses Médicales 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

مختبر التحاليلات الطبية باشكو  
Laboratoire d'Analyses Médicales Bachkou



Docteur Kenza TAYEB  
Médecin Biologiste

- 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

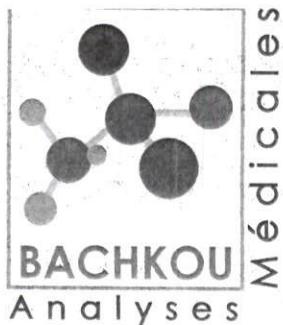
TOTAL DOSSIER : 500.00 DH

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

Dr KENZA TAYEB  
Médecin Biologiste  
Bachkou RGQ Casablanca

مختبر التحاليلات الطبية باشمر

Laboratoire d'Analyses Médicales Bachkou



Docteur Kenza TAYEB  
Médecin Biologiste

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

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

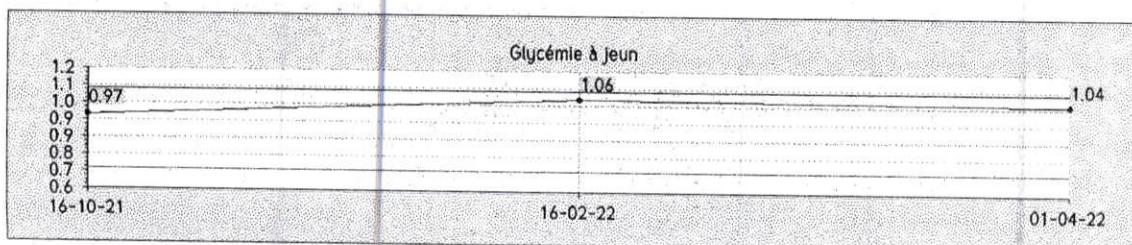
### Glycémie à jeun

(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)

### Hemoglobine 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 réservé de l'influence 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 surrenales peut se développer après l'arrêt d'un traitement à long terme ou intensif avec Frakidex®, pommade ophthalmique. 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 ophthalmique.
- 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

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 ralenti 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 abnormal, 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 inactifs.

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'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.

### 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  
Brunsbuttel Damm 165/173  
13581 Berlin, Allemagne

Distribué au Maroc par:  
Zenith pharma  
96, Zone Industrielle. Tassila Inezgane.  
Agadir Maroc

AMM France n° 326 452 13  
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,
  - 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 les 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

Il s'agit d'un collyre et même s'il s'agit d'un obtenu sans ordonnance.  
Certains des médicaments pouvant donner certains effets secondaires peuvent entraîner des troubles cardiaques (astémizole, bêpridil, erythromycine en injection intra-veineuse, halofantidine, pentamidine, sparfloxacine, terfénadine, sulopride, 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. Eviter de toucher l'œil et les paupières avec l'embout du tube. Reboucher le tube après utilisation. 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 possibles :

- d'irritation locale transitoire : prurit, gonflement des paupières et rougeur de l'œil,
- de sensation de brûlure, larmoiement, 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 المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
26/03/2022				<i>Dr. IAN OPHTHALMOLOGISTE Bachdadi</i>
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 المفوت 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					العمليات الإحياء، الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
02/04/22	B:720	-	500,00	<i>S</i>	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/03/22	151.50	<i>PHARMACIE SOULAIMA YOUSRA LATHIBI LAHLOU Rés Fès Lardis de California 2<sup>e</sup> Bd. de Fès 33100 Fès C223, Tel: 05 22 21 05 54</i>
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Instructions à suivre

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.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص ب مديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....	Date d'arrivée: .....
Date de dépôt du dossier: .....	Date d'arrivée: .....

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية 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 (60 يوماً) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المتصروفة على أساس التعرفة الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهنينا بطلب المعاشرة المسبقة.

لأنحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كالت الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي .

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض 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 رهن باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره

٥٦٥٥٧٥٥٧

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie



الضمán الإجتماعية  
CNSS  
Le devoir de vous protéger

موافقة مسبقة \*

Entente préalable \*

تنفيذ \*

Exécution \*

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf. ANAM - 610-1-02

Réf. ANAM : 12.01.01

N° Dossier :

94013988

خاص بالمؤمن له (الها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : ANDALOUSSI Latifa

الاسم العائلي والشخصي :

N° Immatriculation : ١٨٦١٧٢١٨١

رقم التسجيل :

N° CIN : E88945

رقم بطاقة التعريف الوطنية : ١٠١٠١٠١٠١

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

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse :

Jandus d California Bd de FES - Appt ٤٩  
CASA

مبلغ المصارييف :

١٥١٥٠ درهم

٠٩

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN:

Sexe\* :

M

ذكر

F

أنثى

INPE et code à barres \*\*

.....

.....

Médecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins\*

Hospitalisation

استشارة

Maternité

أمومة

Accident

حادثة

Maladie

مرض

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

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

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Le : ٢٦/٠٣/٢٠٢٢

في :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

</

**بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجاري**

**RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO**



**مديرية التأمين الصحي الإجباري**  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 220415017294421

Emis à Casablanca le : 21/04/2022

Page : 1

**Identifiant de la famille** تعریف العائلة

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

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

**Informations :**

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
<b>ANDALOUSSI LATIFA</b>										
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 BACHIKOU	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
<b>Total remboursé pour LATIFA</b>										<b>246,40</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>246,40</b>

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان