

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

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

### Radiologie 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

## Déclaration de Maladie



N° W21-773553

141997

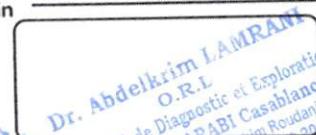
MUPRAS  
RECEPTIONS

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4687			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Déménagé
Nom & Prénom : R.FEKRI			
Date de naissance : 10/08/52			
Adresse : HAFNI Tuelle			
Tél. : 0661 413721 Total des frais engagés : 419.40			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/01/2019

Nom et prénom du malade : R.FEKRI Mustapha Age: 68

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : affection

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/01/2019

## **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
20/11/20 G HK			40000 FRS	INP : 991091430 DE AFRICANOS 3 Centrale OR de Casablanca D.E.L.FAKHRI Casablanca Fait le 05.22.2018 Signature : 1439

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>ASPHOTIS</b> Docteur Samu Rue André Chénier 75011 Paris <b>BERREQUED</b> 05 22 32 91 66	29/11/12	19,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

NET ADHÉRENT

~~miture de tous~~

## **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 d

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue



Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32  
Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582  
ICE : 001837199000069

Dr. A. LAMRANI O.R.L  
C.O.D.E AL FARABI  
7, Rue Jean Jaurès - 20 000 Casablanca  
Tél : 05 22 47 30 30 (8 L.G)  
Fax : 0522 20 18 85

K40



ORL  
Diagnostic & Explorations

الأنف الأنف والحنجرة  
التشخيص والتreatment



**ANTIBIO-SYNALAR**  
**Gouttes auriculaires**

**Flacon de 10 ml avec compte gouttes**

Acétonide de fluocinolone / Sulfate de polymyxine B / Sulfate de

**ANTIBIO SYNALAR**  
GOUTTES  
AURICULAIRES 10 ml

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à des personnes ayant des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.



6 118000 F20254

**COMPOSITION DU MEDICAMENT :**

**Composition qualitative et quantitative en substances actives:**

Acétonide de fluocinolone .....

Sulfate de polymyxine B .....

Sulfate de néomycine .....

**Excipients:** ..... Pour 100 ml de solution.

Q.S.P .....

**Excipient à effet notable:** Phénylmercure

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE:**

Ce médicament est une association d'un anti-inflammatoire stéroïde et d'antibiotiques (néomycine et polymyxine B). La néomycine est un antibiotique. La polymyxine B est un antibiotique de la famille des polypeptides.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines otites.

**COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT?**

**Posologie:**

À titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante:

Instiller chaque matin 3 à 6 gouttes dans l'oreille atteinte et renouveler l'opération le soir.  
Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

**Mode et voie d'administration:**

Voie locale.

Instillation auriculaire.

Il est recommandé de ne pas utiliser la solution sous pression.

Tièdir le flacon au moment de l'emploi en le maintenant quelques minutes dans la paume de la main afin d'éviter le contact désagréable de la solution froide dans l'oreille.

**Pour mettre les gouttes dans une oreille et faire un bain d'oreille:**

- Il faut d'abord pencher la tête du côté opposé à l'oreille atteinte pour que l'oreille atteinte se trouve en haut.
- Mettre les gouttes dans l'oreille atteinte.
- Tirer à différentes reprises sur le pavillon de l'oreille pour que les gouttes coulent bien dans le fond de l'oreille.

• Attende environ 5 minutes en gardant la tête ainsi penchée.

• Lorsque vous relevez la tête, les gouttes peuvent ressortir un peu; il faut alors essuyer avec un papier absorbant qui n'a pas besoin d'être stérile.

Il est important de bien suivre cette recommandation car il en va de l'efficacité de votre traitement: en effet, il faut garder suffisamment longtemps la tête penchée pour permettre une bonne pénétration du médicament dans l'oreille. Redresser trop tôt la tête va provoquer une perte du médicament car les gouttes couleront le long de votre visage et n'iront pas dans le fond de l'oreille; ceci expose alors à une moindre efficacité du traitement.

Reférez le flacon immédiatement après usage.

A la fin du traitement, le reste du flacon doit être jeté et ne pas être conservé en vue d'une réutilisation.

**Fréquence d'administration:**  
Deux administrations par jour: une administration de gouttes le matin et une administration de gouttes le soir.

**Durée de traitement:**

La durée du traitement est habituellement de 7 jours.

Le médicament doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites et aussi longtemps que nécessaire.

La guérison des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression

**ANTIBIO SYNALAR**

19,40





مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفراهي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

## NOTE D'HONORAIRES

Le 29/11/22

Reçu la somme de

..... 4000 Dhs. Quatre Mille Dhs

De Mr, Melle, Mme

..... Rezki Mustapha

Pour consultation ORL (C2) + (K) pour microaspiration pour  
Bouchon de cérumen



Dr. Abdellatif LAMRANI  
O.R.L.  
Centre C.R.L de Diagnostic et Explorations  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
Tel : 022 47 20 20 - Fax : 022 20 18 85  
Mobile : 05 22 20 18 85 - 091 439