

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 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-810405

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : <u>A958</u>		Société : <u>A68923</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Safyona Doss</u>			
Date de naissance : <u>1948</u>			
Adresse : <u>RUE 29 n° 187 - CASA</u>			
Tél. <u>0675777335</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<u>Dr. ZAARIA LAMBARAKI Omar</u> <u>Spécialiste en Ophtalmologie</u> <u>Espace bureaux Allal Ben Abdellah, Av. Allal Ben Abdellah - Fès</u> <u>Tel: 05 35 01 02 03 - GSM: 066 04 3873</u>		
Cachet du médecin :	Date de consultation :	Age:	
	<u>F-Dr. ZAARIA LAMBARAKI 16.07.2023</u>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :	<u>Conjuctivite</u>		
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) :



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
14-7 2023	6		250	Dr. ZAARIBI 14/12/2023 Spécialiste en Ophtalmologie Espace bureaux Affal Ben Abdellah, Av. Affal Ben Abdellah - Fès Tél: 05 35 65 02 65 - GSM: 06 67 04 38 73

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



14/12/23



182,92



ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

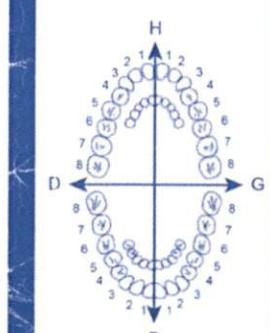
Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

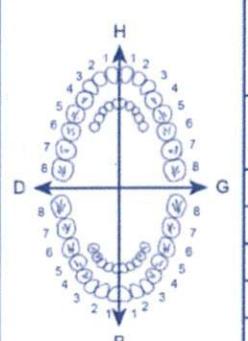
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel; Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. LAMBARKI ZAARI Omar
Spécialiste en Ophtalmologie



Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Fès
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris - France
Ancien Médecin à l'Hôpital Omar Drissi de Fès

الدكتور لمباركى زعري عمر
أخصائى فى طب جراحة العين
خريج كلية الطب والصيدلة بفاس
بكالوريوس جامعى بكلية الطب بباريس - فرنسا
طبيب سابق مستشفى عمر الإدريسي بفاس

Fès, le : **14 juillet 2023**

Mme BOUGLIA Fatima

106.0



PHYLARM lunidoses 10 ml

1 lavage oculaire 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours
36.0



CHIBROXINE

1 goutte 5 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours
24.6



FRAKIDEX collyre

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours
20.8



FRAKIDEX pommade

1 app 2 fois par jour, sur les 2 paupières, pendant 15 jours

18.05



Dr. ZAARI LAMBARKI Omar

Spécialiste en Ophtalmologie
Espace bureaux Allal Ben Abdellah, Av. Allal Ben Abdellah - Fès

Tél : 05 35 65 02 65 - GSM : 06 67 04 38 73

مكاتب علال بن عبد الله، الطابق الثالث، مكتب رقم 22، شارع علال بن عبد الله (مقابل مقهى بول) - فاس
Espace bureaux Allal Ben Abdellah, 3^{ème} Etage, N° 22, Avenue Allal Ben Abdellah (en face de café Paul) - Fès

Tél : 05 35 65 02 65 - GSM : 06 67 04 38 73

E-mail : dr.lambarkiomar@gmail.com

02 2026
15/3 02 2023

E2220C5MAR/0721

Chibroxine 0,3%
Lot / Fqd / EXP %
0,3%

AMM Maroc n° : 65/21/MAUTDMP/MW/18
رقم التسجيل بالمغرب
65/21/MAUTDMP/MW/18

FR Norfloxacine 300 mg
pour 100 ml

LISTE DES EXCIPIENTS

Acétate de sodium
trihydraté, chlorure de
benzalkonium, édétate de
sodium, solution d'acide
chlorhydrique N, Chlorure
de sodium, eau pour
préparations injectables.

Excipient à effet notable :
chlorure de benzalkonium
(voir la notice pour plus
d'information).

Voie locale. En instillation
oculaire. Lire attentivement
la notice avant utilisation.

CONSERVATION

A conserver à une
température ne dépassant
pas 25°C. Ce médicament
est sensible à la lumière.
Conserver le flacon dans
l'emballage extérieur.

Après ouverture, le
médicament peut être
conservé 15 jours
maximum.

TENIR HORS DE LA VUE
ET DE LA PORTÉE DES
ENFANTS.

6 118001 070817



Titulaire :
Laboratoires THEA
12, rue Louis-Bénard - 63017
Clermont-Ferrand Cedex 2 - France

Fabricant :
EXCELVISION - 27 Rue de la
Lombardière - Zi la lombardière
07100 Amnonay - France

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE
Se reporter à la notice intérieure.

حالات الاستعمال، المقاولات، التحذير
انظر النشرة داخل العلبة

Voie ophtalmique / Instiller dans l'œil
للاستعمال في العين / تقطير في العين

Ce médicament est à conserver à une température inférieure à 25°C.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة أدنى من 25 °م.

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

لا يجوز حفظه أكثر من 15 يوماً بعد فتح الفارورة.

**NE LAISSER NI À LA PORTÉE,
NI À LA VUE DES ENFANTS.**

لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.

قائمة I / I



Frakidex®

NE PAS AVALEZ

لا يبتلع

NE PAS INJECTER

لا يحقن

FRAKIDEX

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM n°218-10 D/21/NRQ

عيار / LOT

فابرج / FAB

تاريخ الصنع / EXP

H8364

04-2022

03-2024



6118001270715

PPV. 24,60 JHS



جَنْبَةُ

NE PAS AVALER

[زَيْلَةٌ]

DÉTENTEUR DE LA D.E / DE L.AMM :
L'ABORATOIRE 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
Brunsbutterer Damm 165/173
13581 Berlin, Allemagne

لِيْلَةٌ / لِيْلَةٌ كِبِيرَةٌ جَمِيعَهُونَ
Dr. Gerhard Mann
Chem.-pharm. Fabrik GmbH
Brunsbutterer Damm 165/173
13581 Berlin, Allemagne

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

INDICATIONS ET POSOLOGIE :
Lire attentivement la notice. Appliquer sur l'œil.
NE LAISSER NI A LA PORTE NI A LA VUE DES ENFANTS. A conserver à une température
inférieure à 25°C.
Frakidex est une marque déposée de
Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.
Bausch & Lomb Incorporated & Lomb
filiales. © 2020 Bausch & Lomb
Incorporated ou de ses filiales.

RESPÉCTER LES DOSES PRÉSCRITES
L'ABORATOIRE CHAUVIN
جَنْبَةُ لِيْلَةٌ كِبِيرَةٌ جَمِيعَهُونَ
Liste 1
[زَيْلَةٌ]

**que l'oeil est irrité
A chaque fois**

0 ml

16 un.

**HER MEDIC
PPC
104.00 DHS**



Phyl-alarm

Solution stérile pour usage oculaire