

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19-0034780

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8516 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KANA-SAID

Date de naissance :

Adresse : DANOURAMA BLOC N°1 MT BARNOUSSI

N°21

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/11/2023

Nom et prénom du malade : KANA-SAID Age: 67 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : IT allergique

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) :



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
01/11/2023			300 DA	ZENJOURI KAOUTAR MEDECIN OPHTALMOLOGISTE Tadamaoune, Lot Othmane Imr. B. N° 18 - Sidi Bernoussi Tél: 06 69 06 84 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	1-11-23	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

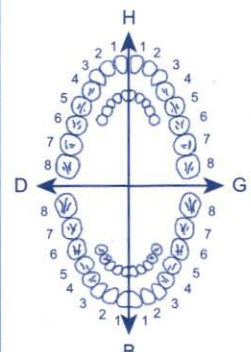
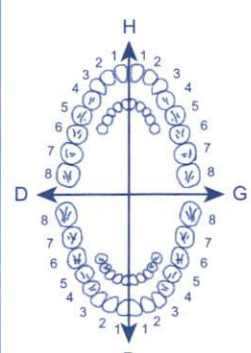
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 bilan de l'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td>H</td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td>B</td></tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(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 Zenjouri Kaoutar
Ophtalmologiste
Maladies et chirurgie des yeux

Chirurgie de cataracte - Glaucome
Laser Rétinien - strabisme
œil et diabète
Pathologie vitréo-rétinienne
chirurgie des paupières et des voies lacrymales
Angiographie - Oct

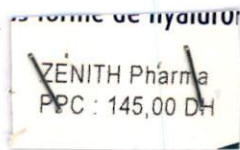


الدكتورة الزنجوري كوثر
طبيبة العيون
أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلالة - داء الزرق
علاج الشبكية بالليزر - علاج الحول
اعتلال العين بداء السكري
أمراض السائل الزجاجي والشبكة
جراحة الجفون ومسالك الدموع
تصوير الأوعية الدموية

Casablanca, Le mercredi 1er novembre 2023

Said KANA

- 24,50
145,20
104,30
50,10
- FRAKIDEX collyre : fl 5 ml :
Une goutte trois fois par jour pendant 2 semaines.
 - Aqualarm unidose :
Une goutte quatre fois par jour pendant deux mois.
 - PHYLARM sol p lavage oculaire : 16 fl unidoses 10 ml :
un lavage deux fois par jour pendant 2 semaines.
 - otad 0,1 :
Une goutte trois fois par jour pendant une semaine.
Puis
Une goutte deux fois par jour pendant un mois.
- 323,70



ZENJOURI KAOUTAR
Ophtalmologiste
N° 18 - Sidi Bernoussi
Tel: 06 69 06 84 47

Fixe cabinet : 05 22 74 88 88 – Portables : 06 62 80 21 24 – 06 69 06 84 47
Boulevard Tadamoun, Lot. Othmane Imm.B, N°18, Alazhar, Sidi bernoussi
Casablanca – Email : zenjourikaoutar60@gmail.com



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.

EST-IL UTILISÉ ?
 Classe pharmacothérapeutique CORTICOÏDE ET ANTI-INFECTIEUX EN ASSOCIATION par voie locale (S : organes sensoriels) - code ATC : S01 CA01
 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 CONNAÎTRE 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.
MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.
AVERTISSEMENTS ET PRÉCAUTIONS
 Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser FRAKIDEX®, collyre en solution.

Contacter votre médecin
 Mises en garde spéciale
 Ne pas injecter, ne pas
 Chez certains patients
 de la pression oculaire.
 Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser FRAKIDEX®, collyre en solution.

FRAKIDEX
 Collyre 5ml
 ZENITH PHARMA
 AMM N°218/19 DMP/21/NRQ
 LOT/ رقم النعقة
 FAB/ تاريخ الإنتاج
 EXP/ تاريخ الانتهاء
 66672
 6118001270118
 PPV : 24,60 DHS



Solution stérile pour usage oculaire

PhyLarm

HER MEDIC
PPC
104.00 DHS



16 ampoules stériles de 10 ml

**À chaque fois
que l'œil est irrité**