

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

Informations 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.

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.

Éducation :

- 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

39230

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0069201

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHADIJA HASNAOUI

Date de naissance : 1928

Adresse : Dent KHALID Rue S.M. 28 C.D CASA

Tel. : 06664.00009 Total des frais engagés : 307,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HASNAOUI k HADJ Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cancer + coag. Al

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) :

Le : / /

ACCUEIL

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
10 AOUT 2020		2	200	Dr. BELGHITI Mohamed OPHTALMOLOGISTE 46, Sidiha Bd Ali Yata H.M CASABLANCA. Tél: 0522.62.18.60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL INAYA Dr. QADRI Nadia 80 Cité CNCF - Rue 2 - Bloc 11 - Bc. Mly. (Smaïl) GABN : Tel 05 22 24 17 73 - Fax : 06 38 10 00	10/08/2020	107,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

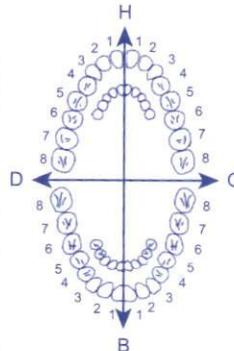
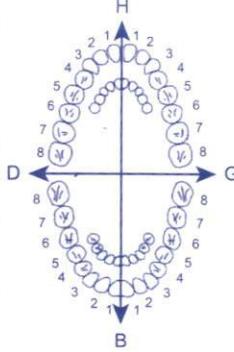
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			 COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	 MONTANTS DES SOINS																
			 DATE DU DEVIS																
			 DATE DE L'EXECUTION																

Dr. Belghiti Mohamed

Maladies et Chirurgies des Yeux

Lentilles de Contact

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie
Ancien Assistant à la Faculté de Marseille

Médecin Agréé pour Permis de Conduire

46, Smara, Bd. Ali Yata - H. Mohammadi
(en face Agence CNSS)

En face de la station tramway, Dar Lamane
Casablanca - Tél. : 05.22.62.18.60



الدكتور بلغيتي محمد

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

العدسات اللاصقة

عضو بالجامعة الفرنسية لامراض العيون
ملحق سابقًا بمستشفى امراض العيون بمرسيليا

طبيب مرخص لرخصة السياقة

46. سمارة. شارع علي يعثة-الحي المحمدي
(مقابل وكالة الضمان الاجتماعي)

مقابل محطة طرامواي دار الامان - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.18.60

110 AOUT 2020

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

ITASNA ou KHADJA

Présent S. El hach

1/ ٢٤ Phaq

D: -1.00 (95° - 2.25)

N: (80° - 2.25)

2/ Semi Anne

D: +2.00 (95° - 2.25)

N: +3.00 (80° - 2.25)

TDV

Dr. BELGHTI Mohamed
OPHTALMOLOGISTE
46, Smara - Bd Ali Yata H.M.
CASABLANCA - Tel. 0522.62.18.60

57,90 - Allergo com 4
2M + 3h. 02

28,80 - Antiallergic

20,80 - Frakidex

Dr. BELGHITI Mohamed
OPHTALMOLOGISTE
6, Sihra Bd Ali Yata H.M.

6, Sihra Bd Ali Yata H.M.

Dr. BELGHITI Mohamed
OPHTALMOLOGISTE
46, Sihra Bd Ali Yata H.M.
CASABLANCA - Tel: 0522.62.18.60



FRAKIDEX®

Phosphate sodique de dexaméthasone - Sulfate de framycétine

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser.
Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
Si vous avez des questions, si vous avez un doute, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un a autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Pommade ophtalmique
FRAKIDEX
Pom. Ophta. 5 g
ZENITH PHARMA
PPV: 20,80 DH
ADSP n° 02 DMP/21/NCI

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.

TITULAIRE ET EXPLOITANT

Laboratoire CHAUVIN

416, rue Samuel Morse - 34000 Montpellier - France

Médicament autorisé n° 326 452-1

CLV Algérie n° 096/17D125/01

AMM Tunisie n° 5283073

FABRICANT

Laboratoire CHAUVIN

Z. I. Ripotier Haut - 07200 AUBENAS - France

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,
- 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.

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

Steripharma
PPV 57,90 dh

A utiliser avant: / Lot n°

0 1 / 2 0 2 3 .
2 9 8 4 1 4 .