

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJET

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-546549

46180 A

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9622 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Abderrahman Satti

Date de naissance : 1959

Adresse : AV 09 AVRIL RUE SANABIL ZKTOU
NROS TETOUAN

Tél. : 0688563133 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SATI ABDERRAHMAN Age :

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

Nature de la maladie : conjonctivite

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'att. 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-546549

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :

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

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
01/09/2020			2500H	INP 161184957

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/2020	26990

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
				MONTANTS DES SOINS []																					
				DEBUT D'EXECUTION []																					
				FIN D'EXECUTION []																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS []
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS []																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION []																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

DR CHAMS AHMED

**Médecin Chirurgien
Ophtalmologue**

Av jbel atlas, rue wiam, résidence
jbel atlas, app4, 1er étage
(derrière Ajanef), Tétouan



الدكتور الشمس أحمد

**أخصائي في أمراض
وجراحة العيون**

شارع جبل أطلس، زنقة وئام،
إقامة جبل أطلس شقة 4، طابق الأول،
(خلف حلويات أجنييف)، تطوان

Le: 21/09/2021

Nom et Prénom: SATTI ABDERRAHMAN

58,00

① Indocollin 20 j.

1gt x 3 (j) (oo)

13,190

② x Hylophair

1gt x 4 (j) (oo)

8,000

③ Nevit-pl 3 - j.

1gt x 3 (j) (oo)

26,990

Pharmacie AL MATAR
LAMARTI Iman
Av. Mehdi Ben Baraka, 32 Al Farah
Tel : 05 39 99 32 29 - Tétouan

Docteur CHAMS AHMED
Médecin chirurgien Ophtalmologue
Av jbel Atlas Res jbel Atlas app4 Tétouan
GSM: 07 72 02 22 46
07 72 02 22 46

FIX : 05 39 99 71 90 / GSM : 07 72 02 22 46

docteurchams@hotmail.com

MITTES OCULAIRES

tenant du hyaluronate de sodium
de la vitamine E



107

5 %, carboxy-
mine A, TPGS
isotonique tam-

MODE D'EMPLOI :

- Lavez-vous soigneusement et séchez-les.
- Assurez-vous que la bague est bien vissée.
- Pour ouvrir le flacon, utilisez la clé supérieure afin de briser le scellé.
- Instillez 1 ou 2 gouttes par jour, ou conformément aux conseils de l'ophtalmologue.
- Fermez le flacon hermétiquement après utilisation.

MISES EN GARDE :

- Afin d'empêcher toute contamination éventuelle, éviter le contact de l'embout du flacon avec les yeux ou toute autre surface.
- Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité spécifique à l'un des constituants.
- Dans certains cas, une légère sensibilité peut entraîner une brève sensation de picotement ou d'irritation dès l'instillation qui disparaît après clignement des paupières.
- Si l'irritation oculaire persiste et que vous constatez une douleur, une rougeur ou une variation de la vision suite à l'instillation, consultez votre ophtalmologue.
- Ne pas avaler la solution.
- Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
- Ne pas utiliser la solution après la date de péremption.
- Après l'ouverture du flacon, la solution doit être utilisée dans les 90 jours.
- Ne pas utiliser si le flacon est endommagé.
- Ne pas exposer à la lumière directe du soleil.

CONSERVATION :

- Conserver à une température comprise entre 5 et 35°C et protéger contre toute source lumineuse directe.

3 ml (échantillon gratuit) REF D3NP076

15 ml REF D15NP075

STERILE A



Distributeur :

RIMA PHARMA

Bd. Abdelmoumen, Res. Les champs Center
Imm. B, 7ème étage, N°4 - Casablanca - MAROC
N° CE : 3042/ 2016/DMP/20/DM - Date : 28/12/2016

NOVAX® PHARMA

Le Coronado
20, Av. de Fontvieille
MC 98000 MONACO
www.novaxpharma.com

CE
0051

V3 - Rev. 06/07/2018

951009 728007 8



NAVITAE® PLUS contient des lubrifiants polysaccharidiques tels que le **hyaluronate de sodium** et le **carboxyméthyl-bêta-glucane**, et un agent lipophile lubrifiant protecteur composé de **vitamine A** et de **vitamine E** pégylée.

L'utilisation oculaire topique de la **vitamine A** améliore le port de lentilles de contact en réduisant les lésions mécaniques dues au frottement qu'elles peuvent causer sur les cellules épithéliales de la cornée et de la conjonctive.

La **vitamine A** stabilise la phase grasse du film lacrymal en augmentant sa capacité à maintenir une hydratation naturelle, ce qui réduit les symptômes de sécheresse oculaire. Cette activité est également exercée par les polysaccharides présents dans le produit.

La **vitamine E** est un antioxydant qui aide à réduire la concentration des radicaux libres dans le liquide lacrymal, et renforce ainsi la protection des cellules épithéliales cornéennes et conjonctivales, ce qui réduit le risque d'inflammation.

NAVITAE® PLUS est conservé grâce à un système de conservation spécial appelé **SCO™** (Stabilized Complex Oxychloro - Oxychloro Complexe Stabilisé). Le **SCO™** garde la solution stérile à l'intérieur de la bouteille et, une fois exposé à la lumière, se dissipe en des composants déjà présents dans les larmes humaines, tels que le chlorure de sodium, l'oxygène et l'eau, ce qui le rend particulièrement bien toléré.

INDICATIONS :
NAVITAE® PLUS est une solution ophtalmique lubrifiante ayant un effet antioxydant et hydratant utilisée pour soulager la sécheresse oculaire et la gêne oculaire causées par :

- L'irritation oculaire due à des pathologies telles que la kératite, effets indésirables après une chirurgie de la cornée, ulcères traumatiques, inflammation cornéenne.
- Le stress oxydatif dû à l'exposition à la lumière et/ou à l'augmentation des radicaux libres sur la surface oculaire.
- Le port de lentilles de contact.

L'utilisation de NAVITAE® PLUS est compatible avec tous les types de lentilles de contact.

Bausch & Lomb

أندوكولير® 0.1 %

أندوميتاسين

قطرات بشكل محلول

قرأ هذه النشرة بعناية بانتباه قبل استعمال هذا الدواء.

تحفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج أقرأ منها من جديد.
إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.

صف لك هذا الدواء شخصيا، لا تعطه لأحد سواك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك.

- المادة الفعالة في الأندوميتاسين (5 مغ لكل 5 مل)

- المكونات الأخرى هي: هيدروكسيبروبيل بيتا سيكلوكستاترين، أرجينين، حمض كلور هيدريك مركز، ماء مطهر 5.5 مل.

قائمة المواصفات ذات التأثير المعنوم: ثيومرسال.

قارورة سعة 5 مل.

صاحب مقر التسجيل، حامل الرخصة:

LABORATOIRE CHAUVIN

416, rue Samuel Morse - CS 99535

34961 Montpellier Cedex 2

France

المصنع والمغني:

LABORATOIRE CHAUVIN

Z.I. Ripotier Haut

07200 AUBENAS - France

نواة مرخص تحت رقم 8-953 341

مبت الجرائز رقم: 096/171066/98/17

ريت تومس رقم: 5283121

1. ما هو أندوكولير 0.1 % قطرات بشكل محلول وما هي حالات استعماله؟

يصرف هذا الدواء بشكل قطرات في قارورة سعة 5 مل؛ المدة الفعالة هي مضاد التهاب غير ستيرويدي (مسكن للألم عن طريق العين). يوصى باستعماله خلال بعض العمليات الجراحية على العين وتوابع هذه العمليات:

- كبت القياض البؤريز (تغيير قطر حقل العين)،
- الوقاية من الأعراض الانتهابية المرتبطة بجراحة الكاتر كت (الساد) والجزء الأمامي من العين،
- معالجة الأمراض المزمنة المرتبطة بقطع القرنية الخاص بالاعتكاس الضوئي (جراحة مصححة لقصر البصر).

2. المضومات الواجب معرفتها قبل استعمال أندوكولير 0.1 % قطرات بشكل محلول لا يجوز استعمال أندوكولير 0.1 % قطرات بشكل محلول في الحالات التالية:

- انطفا من الشهور السادس للحمل،
- الحساسية المعروفة تجاه أحد مكونات الدواء، أو دواء مشابه له، خاصة مضادات التهاب غير ستيرويدية أخرى والأسبيرين،
- سوابق نوبة الربو المعادة إلى تناول الأسبرين أو مضادات الالتهاب غير الستيرويدية الأخرى،
- قرحة متطورة في المعدة أو المعى الاثني عشري،
- مرض كلوي حاد،
- مرض كلوي حاد.

بصورة عامة لا يجوز استعمال هذا الدواء، ما لم يترى الطبيب خلاف ذلك، في حال الإثر الك مع:

- مضادات التخثر عن طريق الفم،
- مضادات الالتهاب غير الستيرويدية الأخرى (وما فيها الساليسيلات انطفا من 3 غ في اليوم لدى البالغين)،
- الليثيوم،
- الميتوتريكسات بمقادير عالية (≤ 15 مغ في الأسبوع)،
- النيكوتين.

يجب اتخاذ احتياطات خاصة مع أندوكولير 0.1 % قطرات بشكل محلول تحذير: لا يجوز حقله أو بلعه.

احتياطات الاستعمال:

- في حال وجود سوابق حساسية تجاه الأسبيرين أو مضادات التهاب غير ستيرويدية أخرى.
- في حال الربو: قد تكون نوبة الربو لدى بعض الأشخاص عاتية لحساسية تجاه الأسبيرين أو مضادات التهاب غير ستيرويدية أخرى. في هذه الحالة يوصى بعدم استعمال هذا الدواء.

INDOCOLLYRE 0.1 %
Collyre 5mlZENITH PHARMA
PPV 58.00 DHS
AMM N°155/19/DMP/21/NRQ/DNH5152
03-2019
03-2021



2021-12

LOT

294961

13179DH

PPC:

Libellé de la notice

HYLO-PARIN

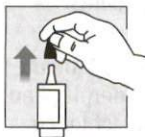
aluronate de sodium 1 mg/ml et héparine sodique

ation et le soin de la cornée et de la conjonctive de l'oeil irrité,
de rougeur, sensation de brûlures et de démangeaisons.

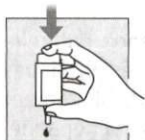
Solution stérile sans agents conservateurs

e et durée d'emploi:

HYLO-PARIN doit être adaptée individuellement à votre état et conformément à l'ophtalmologue. En général, il faut instiller 1 goutte de **HYLO-PARIN** 3 fois par jour dans le sac conjonctival de chaque oeil. **HYLO-PARIN** peut être instillé plus souvent au cours d'une journée en cas de troubles plus importants. Si vous utilisez **HYLO-PARIN** plus souvent (par exemple plus de 10 fois par jour) et en cas de troubles plus importants, vous devez faire contrôler régulièrement vos yeux par un ophtalmologue. **HYLO-PARIN** convient pour une utilisation prolongée, mais comme pour toute affection, vous devez demander conseil à votre ophtalmologue en cas de troubles de longue durée (par ex. plus de deux semaines).



Retirer le capuchon avant toute utilisation.

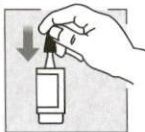


Avant la première utilisation, retourner le flacon de **HYLO-PARIN**, avec l'embout compte-gouttes dirigé verticalement vers le bas, et appuyer plusieurs fois sur le fond du flacon jusqu'à ce que la première goutte apparaisse à la pointe du flacon.

Le flacon est ainsi prêt à l'emploi pour les utilisations ultérieures. Maintenir le flacon avec l'embout compte-gouttes vers le bas. Ensuite, appuyer rapidement et fortement sur le centre du fond du flacon pour actionner le mécanisme de prélèvement d'une goutte. Grâce à la technique à valve particulière du système COMOD®, la taille et la vitesse des gouttes sont toujours calibrées, même lorsqu'une très forte pression a été exercée sur le fond du flacon.



Pencher la tête légèrement en arrière, écarter légèrement la paupière inférieure de l'oeil et instiller une goutte dans le sac conjonctival inférieur comme décrit. Refermer lentement les yeux, afin d'assurer une répartition régulière du liquide à la surface de l'oeil.



Après utilisation, replacer immédiatement et soigneusement le capuchon sur l'embout compte-gouttes. S'assurer que l'embout compte-gouttes est bien sec. Éviter tout contact entre l'embout compte-gouttes et l'oeil ou la peau du visage lors de l'instillation.