

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.

N° W19-546549

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9622

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abderrahman Satti

Date de naissance : 1959

Adresse : AV 09 AVRIL RUE SANABIL ZKT 04
N.R.05 TETOUAN

Tél. : 0688 563133

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : / /

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 :

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
01/09/2020			250 DH	INP 161184957 DOCTEUR CHAMS AHMED Spécialiste Ophtalmologue Technicien Ibel Atlas Apt N°4 Tétouan 2272

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

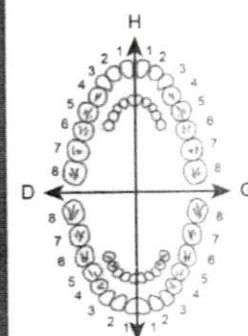
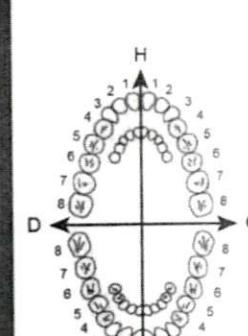
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1" data-bbox="1594 889 1837 1039"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXÉCUTION

Médecin Chirurgien
Ophtalmologue

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



أخصائي في أمراض
وجراحة العيون

شارع جبل أطلس، زنقة ونام،
إقامة جبل أطلس شقة 4، طابق الأول،
(خلف حلويات أجانيف)، تطوان

Le: 21/09/12
Nom et Prénom: S.A.T.I. A.B.DERRAH.N?AN

58.00

① Indo collag. 20j..

ytRx 21j. (00)

131.90

② Hylafon. -

ytRx 41j. (00)

80.00

③ Nevit-gel. 3 -

269.90

ytRx 31j. (00)

Pharmacie AL MATAR
Av. Mehdi LAMARIT Iman
Tél: 05 39 99 32 29, 32 Al Farah
Tétouan

FIX : 05 39 99 71 90 / GSM : 07 72 02 22 46
docteurchams@hotmail.com

Dr CHAMS AHMED
Medecin chirurgien Ophtalmologue
Av Jbel atlas Res Jbel Atlas App N°4 Tétouan
GSM: 07 62 47 43 72
Télé 16 11 84 95 72

GRANDES OCULAIRES

contenant du hyaluronate de sodium
et de la vitamine E



LOT

3700822 60015
9510001

5 %, carboxyméthyl-béta-glucane, et un agent lipophile lubrifiant protecteur composé de vitamine A et de vitamine E pégylée.

NAVITAE® PLUS contient des lubrifiants polysaccharidiques tels que le **hyaluronate de sodium** et le **carboxyméthyl-béta-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 Complex 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 utilisé 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.

MODE D'EMPLOI :

- Lavez-vous soigneusement les mains et séchez-les.
- Assurez-vous que la bouteille est bien fermée.
- Pour ouvrir le flacon, tournez la partie supérieure afin de briser la capsule.
- Installez 1 ou 2 gouttes dans les yeux, une à la fois, au cours d'un laps de temps de 1 à 2 minutes.
- Fermez le flacon hermétiquement après utilisation.

MISES EN GARDE :

- Afin d'empêcher toute contamination éventuelle, évitez 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

28/12/17 01/07/2019



V3 - Rev. 06/07/2018

13/09
2021 12

LOT

294961

PPC:

13190H

Libellé de la notice

HYLO-PARIN

aluronate de sodium 1 mg/ml et héparine sodique

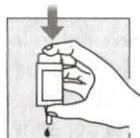
l'irritation et le soin de la cornée et de la conjonctive de l'oeil irrité, de rougeur, sensation de brûlures et de démangeaisons.

Solution stérile sans agents conservateurs

e et durée d'emploi:

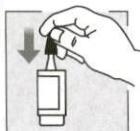
HYLO-PARIN doit être adaptée individuellement à votre état et conformément l'ophtalmologue. En général, il faut instiller 1 goutte de HYLO-PARIN 3 fois le sac conjonctival de chaque œil. HYLO-PARIN peut être instillé plus souvent au cours d'une journée en cas de troubles plus importants. Si vous utilisez 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'œil 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'œil.

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'œil ou la peau du visage lors de l'instillation.

BD 111813

 URSAPHARM

32.2809 CAA