

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-780021

Co

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
1537

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HOUBAN MOHAMED

146947

Date de naissance :

16.06.50

Adresse :

BD. TAHIA HOUSSIN, RUE 61 N°3, NADOR

Tél. :

0661089117

Total des frais engagés : # 1030,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/11/2022

Nom et prénom du malade :

AMBROUSSI YAMNA Age: 68 Ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

la sén Anogen kéroïc

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 :

No 1A

Le : 10/11/2022

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
10/11/2017	231000000	10000	10000,00	INP : 97029141 N° : 14) 97029141 Médecin : Nadège BOURGEOIS Signature : Nadège BOURGEOIS Date : 10/11/2017

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>29/01/23 - S94 - JAPH DOWN BAN</i>	10.01.23	30.30

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

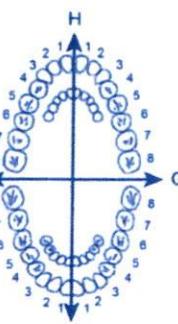
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF

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

الدكتور صلاح أرناو

Dr. SALAH ARANNAU

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Membre de l'Americain Academy of Ophthalmology

Membre de la société Européenne d'Ophtalmologie



Chirurgie Refractive
Correction ou Laser Leximer
Myopie , Hypermétropie
Astigmatisme



081157026

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض و جراحة العيون

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض و جراحة العيون

مركز الدكتور صلاح أرناو
طب وجراحة العيون

Chirurgie Refractive

OCT Angiographie

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

Topographie cornéenne

Angiographie numérisée

Champ visuel automatisé

Pachymétrie

Rétinographie non Mydriatique

Echographies A et B

Nador, le mardi 10 janvier 2023
AMROUSSI Yamna

FACTURE

- REÇU DE PAIEMENT POUR :

LASER ARGON K25 ODG

- SOMME :

1000.00 Dh (MILLE Dirhams)

Dr. Salah ARANNAU
OPHTHALMOLOGISTE
Av. Hassan 1, Imm. RIF 127 Etage 1
Appt 2 - Nador
Tel: 0536 601 010

شارع الحسن الأول عمارة الريف 127 الطابق الأول رقم 2 - الناظور
Av.Hassan I, Residence RIF Imm. 127 Etage 1, Appt 2 - Nador
Email : drarannau@gmail.com
Fax: (+212)0536 330 330 - Tél:(+212)0536 601 010

الدكتور صلاح أرناو

Dr. SALAH ARANNAU

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Membre de l'Americain Academy of Ophthalmology

Membre de la société Européenne d'Ophtalmologie



Chirurgie Refractive
Correction ou Laser Leximer
Myopie , Hypermétropie
Astigmatisme



081157026

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض و جراحة العيون

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض و جراحة العيون

مركز الدكتور صلاح أرناو
لطب وجراحة العيون

Chirurgie Refractive

OCT Angiographie

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

Topographie cornéenne

Angiographie numérisée

Champ visuel automatisé

Pachymétrie

Rétinographie non Mydriatique

Echographies A et B

Nador, le mardi 10 janvier 2023

AMROUSSI Yamna

COMPTE-RENDU LASER ARGON

Motif de laser :

- Rétinopathie diabétique

900 Impacts / 0.1s / 150 μ W

En ODG après instillation d'anesthésique topique

Dr. Salah ARANNAU
OPHTHALMOLOGISTE
Av. Hassan I, Imm. RIF 127 Etage 1
App. 2 Nador
Tél: 0536 601 010

شارع الحسن الأول عمارة الرiff 127 الطابق الأول رقم 2 - الناظور

Av.Hassan I, Residence RIF Imm. 127 Etage 1, Appt 2 - Nador

Email : drarannau@gmail.com

Fax: (+212)0536 330 330 - Tél:(+212)0536 601 010

الدكتور صلاح أرناو

Dr. SALAH ARANNAU

OPHTHALMOLOGISTE



Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Membre de l'Americain Academy of Ophthalmology

Membre de la société Européenne d'Ophtalmologie

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض و جراحة العيون

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض و جراحة العيون

Chirurgie Refractive
Correction ou Laser Leximer
Myopie , Hypermétropie
Astigmatisme



مركز الدكتور صلاح أرناو
لطب وجراحة العيون

Chirurgie Refractive

OCT Angiographie

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

Topographie cornéenne

Angiographie numérisée

Champ visuel automatisé

Pachymétrie

Rétinographie non Mydriatique

Echographies A et B

Nador, le mardi 10 janvier 2023

AMROUSSI Yamna

- ICOMB Collyre (Tobramyc.Dexametha)
1 goutte, 4 fois par jour, pendant 8 jours

3030
Pharmacie Babel
Bd. Tahia Hcien. N°65 - NADOR
INPE: 08203558 - Tél: 05.36.60.55.44
Dr. Salah ARANNAU
OPHTALMOLOGISTE
Av. Hassan 1, Imm. RIF 127 Etage 1
Appt. 2 - Nador
Tél: 0536 601 010

شارع الحسن الأول عمارة الريف 127 الطابق الأول رقم 2 - الناظور

Av.Hassan 1, Residence RIF Imm. 127 Etage 1, Appt 2 - Nador

Email : drarannau@gmail.com

Fax: (+212)0536 330 330 - Tél:(+212)0536 601 010

Important: Lire Attentivement!

Icomb®

Tobramycine 3 mg (0,3%) et dexaméthasone 1 mg (0,1%)

Suspension ophtalmique stérile

DESCRIPTION :

Chaque ml d'Icomb® contient :

Principe actif : Tobramycine 3 mg (0,3%) et dexaméthasone 1 mg (0,1%).

Excipient à effet notoire: Chlorure de Benzalkonium.

PROPRIETES:

La dexaméthasone est un corticostéroïde synthétique, aux propriétés anti-inflammatoires. Il est 25 fois plus puissant que l'hydrocortisone dans son action anti-inflammatoire. La Tobramycine est un antibiotique aminoglycoside qui est actif contre plusieurs souches de bactéries à gram-négatif, y compris le bacille pyocyanique.

INDICATIONS:

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.

MISE EN GARDE :

Ne pas injecter directement dans l'œil.

Utilisation de lentilles de contact : Icomb® contient un conservateur, le chlorure de benzalkonium, qui peut provoquer une irritation oculaire. Retirer les lentilles de contact avant l'instillation du collyre et attendre au moins 15 minutes avant de les remettre. Le chlorure de benzalkonium est connu pour colorer les lentilles de contact souples.

CONTRE-INDICATIONS:

Hypersensibilité à l'un des constituants. Kéратite épithéliale herpétique, vaccin, varicelle et plusieurs autres maladies virales de la cornée et de la conjonctive. Infections bactériennes de l'œil. Infections fongiques de l'œil. Extraction chirurgicale d'un corps étranger cornéen et glaucome.

EFFETS INDESIRABLES:

L'utilisation prolongée de corticostéroïdes topiques peut entraîner un glaucome, affectant le nerf optique, et causant une altération à la vision. Si Icomb® est administré pendant plus de 10 jours, la pression oculaire doit être surveillée par le médecin traitant.

L'utilisation prolongée des corticostéroïdes peut augmenter le risque d'infections oculaires secondaires, masquant une infection sévère. Comme avec tout autre antibiotique, l'utilisation prolongée peut entraîner la croissance de germes résistants. Le traitement ne doit pas être suspendu trop tôt, pour éviter une rechute de l'infection, une cicatrisation retardée et la formation de cataracte sous capsulaire postérieure.

UTILISATION CHEZ LES ENFANTS:

La sécurité et l'efficacité de cette préparation chez les enfants n'a pas été établie.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT:

Il n'est pas connu si ce médicament peut nuire au fœtus quand il est administré à une femme enceinte ; le passage du médicament dans le lait maternel n'est pas connu ;

Grossesse : ne doit être administré que si le bénéfice justifie le risque potentiel sur le fœtus.

Allaitemment : en cas de prescription de ce médicament, l'allaitement est déconseillé.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:

Instiller une goutte dans le cul-de-sac conjonctival toutes les 4 à 6 heures en fonction des symptômes.

La fréquence des instillations pourra :

- être augmentée si la symptomatologie le nécessite,
- puis être diminuée progressivement en fonction de l'amélioration des signes cliniques.

La durée du traitement est à adapter en fonction de la symptomatologie.

PRESENTATION:

Icomb® se présente sous forme de suspension ophtalmique stérile, 5 ml en flacon Polyéthylène basse densité.

CONSERVATION :

A conserver à une température ne dépassant pas 30° C.

Tout flacon entamé doit être utilisé dans les 4 semaines suivant son ouverture.

Bien agiter avant l'utilisation.

Tableau A (liste I).

(CECI EST UN MÉDICAMENT)

- Le médicament est un produit qui affecte votre santé et sa consommation dangereuse pour vous.
- Suivre strictement la prescription de votre médecin, le mode d'emploi, et a vendu le médicament.
- Le médecin et le pharmacien connaissent parfaitement les avantages et - N'arrêter pas la période du traitement prescrit par vous-même.
- Ne reprenez pas le même médicament sans l'avis de votre médecin.
- Ne pas laisser à la portée ou à la vue des enfants.

Conseil des Ministres Arabes de la Santé & Syndicat de

أيكوب
Icomb®

Lot:

Fab:

Exp:

PPV: 30 DH 30

Ophthalmics

Icomb® est un produit de qualité fabriqué par:

P.O. Box 6267 Jeddah - 21442 - Arabie



bottu S.A.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaï - Casablanca - Maroc

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

12500800-Rev. 03S/16-12-18