

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.

M23-001968

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03070 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre : 156001

Nom & Prénom : HILALI L'housseuse

Date de naissance : 21/01/52

Adresse : 194 av Zemzama EL QODS 8/B CASA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA Le : 04/04/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être délicatement 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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-523212

| | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 03070 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | HILALI Lhoussaine |
| Nom & Prénom : | | Date de naissance : | |
| HILALI Lhoussaine | | 01/01/52 | |
| Adresse : | | L 04 Gr. Ravala El Gouds 3/B CASA | |
| Télé. : | 05 22 64 57 67 | Total des frais engagés : | 1270,4 Dhs |

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | Dr. Karim GHARBI Ophthalmologiste 0522 75 11 21 | | |
| Date de consultation : | 28 FEV 2023 | | |
| Nom et prénom du malade : | HILALI AFAF | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Cataracte de l'œil droit | | |
| 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 : CASA

Le : 04/04/23

Signature de l'adhérent(e) :

| | |
|--|---------------|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | N° W19-523212 |
| Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. | |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e). | |
| Matricule : | 03070 |
| Nom de l'adhérent(e) : | HILALI |
| Total des frais engagés : | 1270,4 |
| Date de dépôt : | |

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28 FEV 2023 | Acte | C 5 | 200,00 Dhs. | INP : 09502180 Dr. Karim GHARBI Ophthalmologiste 09522751121 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE HAMDI | 28/2/23 | 22,50 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|---------|------------------------------|------------------------|
| Dr. El HADJ SIDI BAREK BEN HAMDI | 25/2/23 | 6,150 | 137,50 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| DR. AL GHOZI SIDI BAREK BEN HAMDI | 5/3/23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 800,00 |

INPE: 095021804

VOLET ADHERENT

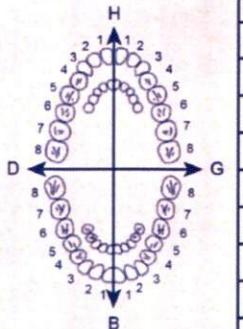
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | L1 L1 L1 L1 L1 L1 L1 L1 |
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| G | | |
| B | | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Karim GHARBI

SPECIALISTE

Maladies et chirurgie des yeux

Angiographie - Laser

Lentilles de contact

الدكتور كريم غربي

اختصاصي

أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - لازر

عدسات النظر

Casablanca, le : 28.8.83 الدار البيضاء، في :

PHARMACIE AL LAMD
Al Oods Street - Casablanca
Tél: 05 22 73 03 71
Fax: 05 22 73 03 71

35.70 - 1,50 Dhs

35.70 - 1,75 Dhs

35.70



- Toller der Welle, Sp x 3,

37.20

- Fuci Kholic fpr 1 An

72.95

- B



OPTIQUE BAGHDAD
BENNAOUI Abdesslam
Opticien Optométriste
Rdc Al Qods Gr Akhada N°365
Sidi Bernoussi Casablanca
Fix: 05 22 74 00 40

Dr. Karim GHARBI
Ophtalmologiste
Tél: 0522 75 11 21

29.00 Dhs

403, شارع سهيب الرومي (فوق استوديو ميلانو) منصور III سيدى البرنوصي - الدار البيضاء

403, Bd. Souhaib Erroumi (Au dessus du Studio Milano) Mansour III Sidi Bernoussi - CASA

الهاتف : 0522 75 11 21

→ Réervention + Zéro point de
gains dans les Scénarios
Jaunes + Athénaeum

Lobbyiste d'Affaires Marocaines
Dr. El KHAFFAFA
Boulevard Prince Moulay Abdellah
Rue Al Qasr, Sidi Ben Youssef
Tel: 05 22 75 36 77 Fax 05 22 76 84 35

TOBRADEX

Collyre en suspension

Tobramycine/Dexaméthasone

0,3/0,1%

Flacon de 5 ml

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin, ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, cela pourrait lui être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin, ou à votre pharmacien.

Que contient cette notice :

- 1- Qu'est-ce que **TOBRADEX, collyre en suspension** et dans quels cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **TOBRADEX, collyre en suspension** ?
- 3- Comment utiliser **TOBRADEX, collyre en suspension** ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver **TOBRADEX, collyre en suspension** ?
- 6- Informations supplémentaires.

1- QU'EST-CE QUE TOBRADEX, COLLYRE EN SUSPENSION ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

La suspension ophtalmique TOBRADEX contient les principes actifs tobramycine (antibiotique) et dexaméthasone (glucocorticoïde à action anti-inflammatoire) et s'utilise pour le traitement de certaines inflammations de l'œil accompagnées d'une infection oculaire bactérienne.

La suspension ophtalmique TOBRADEX n'est délivrée que sur ordonnance et doit être utilisée uniquement sur prescription du médecin.

2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER TOBRADEX COLLYRE EN SUSPENSION ?

N'utilisez jamais la suspension ophtalmique **TOBRADEX** en présence :

- d'une hypersensibilité (allergie) connue ou supposée à l'une ou l'autre des substances du médicament ;
- d'un glaucome ;
- d'une infection oculaire qui ne peut pas être traitée avec un antibiotique (par ex. certaines affections virales de la cornée ou de la conjonctive) ;
- d'une tuberculose de l'œil ;
- d'un ulcère ou d'une lésion de la cornée (complications) ;
- d'une mycose oculaire ou d'une parasitos

Avertissements et précautions :

- Il est indispensable que le médecin contre la suspension ophtalmique TOBRADEX.
- L'antibiotique (tobramycine) contenu dans les micro-organismes provoquant des infections mal dosé peut entraîner des complications. La prescription médicale pour le traitement d'une maladie autre que celle dont vous souffrez ou pour d'autres personnes. En cas de nouvelle infection survenant plus tard, n'utilisez pas la suspension ophtalmique sans consulter une nouvelle fois votre médecin.
- Si vous développez une réaction allergique telle que des démangeaisons aux yeux, un gonflement des paupières, une rougeur des yeux, voire des réactions généralisées telles que rougeur de la peau, démangeaisons, papules sur la peau, anaphylaxie et apparition de vésicules sur la peau, interrompez le traitement et consultez votre médecin. Ces réactions allergiques peuvent également survenir lors d'autres traitements (par voie locale ou systémique) avec un antibiotique de même type (aminoglycoside). Si vous prenez d'autres antibiotiques en même temps que la suspension ophtalmique TOBRADEX, demandez l'avise de votre médecin.
- Si vous souffrez ou avez souffert antérieurement d'une maladie comme la myasthénie ou Parkinson, demandez conseil à votre médecin. Les antibiotiques de ce type peuvent entraîner une aggravation de la faiblesse musculaire.
- L'emploi prolongé de la suspension ophtalmique TOBRADEX peut provoquer une mycose.
- En présence d'une infection oculaire purulente.
- Les corticostéroïdes peuvent masquer, activer ou aggraver une infection oculaire. Utilisée pendant une durée prolongée, la suspension ophtalmique TOBRADEX peut retarder la cicatrisation. Il peut également provoquer une élévation de la pression intraoculaire et, de ce fait, un glaucome. Pendant le traitement avec la suspension ophtalmique TOBRADEX, restez toujours sous contrôle médical et faites mesurer régulièrement votre pression intraoculaire par votre médecin.
- Si les troubles traités avec la suspension ophtalmique TOBRADEX s'aggravent après 2-3 jours de traitement ou si de nouveaux symptômes apparaissent, consultez immédiatement votre médecin.
- Si vous souffrez de maladies entraînant un amincissement des tissus de l'œil (cornée ou sclérotique), l'application locale de corticostéroïdes peut provoquer une perforation de l'œil.
- Si vous êtes diabétique (en particulier de type I), il existe un risque de cataracte. L'utilisation de corticostéroïdes chez les diabétiques accroît le risque de cataracte précoce et rapidement évolutive.
- En cas de gonflement du tronc et du visage (syndrome de Cushing), avertissez votre médecin. Ce risque est particulièrement important chez les enfants ou les patients qui prennent du ritonavir ou du cobicistat.
- La suspension ophtalmique TOBRADEX contient du chlorure de benzalkonium, un conservateur qui peut irriter les yeux et décolorer les lentilles de contact souples. Évitez tout contact du médicament avec des lentilles de contact souples. Pendant le traitement avec la suspension ophtalmique TOBRADEX, attendez au moins 15 minutes après l'application avant de remettre vos lentilles.
- Le chlorure de benzalkonium peut également provoquer des irritations de l'œil, notamment en cas de sécheresse oculaire ou d'affections de la cornée (couche transparente sur la face antérieure de l'œil). Veuillez consulter votre médecin en cas de sensation inhabituelle, de brûlure ou de douleur à l'œil après l'utilisation de ce médicament.
- Si plusieurs préparations oculaires sont utilisées, un intervalle d'au moins 5 minutes doit être respecté entre chaque administration. Les pommades oculaires doivent être utilisées en dernier. Veuillez informer votre médecin ou pharmacien si vous souffrez d'autres maladies, si vous êtes allergique ou si vous prenez déjà d'autres médicaments (même en automédication!). Vous pouvez utiliser déjà d'autres médicaments en usage interne ou oculaire.

Enfants et adolescents :

TOBRADEX® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml



6 118001 070596
Laboratoire **Souskoura**
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH

à l'extraction d'un corps étranger sans

traitement avec

e tous les

jeu non adapté ou

édicamente sans

406836 MA

Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique

Acide fusidique

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

- Qu'est-ce que Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique et dans quel cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique ?
- Comment utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique ?
- Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE FUCITHALMIC® 1%, gel ophthalmique ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament est destiné à l'œil et se présente sous forme de gel ophthalmique. Il contient un antibiotique, l'acide fusidique, qui agit en tuant certaines bactéries responsables d'infections.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines infections de l'œil et des paupières : conjonctivites, kératites (inflammation de la cornée d'origine bactérienne), ulcères de la cornée, blépharites (inflammation des paupières d'origine bactérienne) et orgelets (infection d'une glande située dans la paupière se présentant habituellement comme une pustule centrée sur un cil).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER FUCITHALMIC® 1%, gel ophthalmique ?

N'utilisez jamais Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'acide fusidique ou à l'un des autres composants contenus dans ce gel.

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Faites attention avec Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique :

Ne pas avaler.

Ne pas prolonger le traitement au-delà de la date prévue sur l'ordonnance. En l'absence d'amélioration rapide ou en cas d'apparition de symptômes anormaux, consulter votre médecin.

En raison de la présence de chlorure de benzalkonium, ce médicament peut provoquer une irritation des yeux.

éviter le contact avec les lentilles de contact souffles. Retirer les lentilles de contact avant application et attendre 15 minutes avant de les remettre. Le chlorure de benzalkonium peut être absorbé par les lentilles de contact souffles et les colorer.

D'une façon générale, il est recommandé de ne pas porter de lentilles de contact lors d'une infection oculaire.

EN CAS DE DOUCE DE N' PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

NE JAMAIS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

Utilisation d'autres médicaments

L'efficacité de ce gel peut être perturbée par l'application simultanée d'autre médicament sur l'œil. En cas de traitement concomitant par deuxième collyre ou gel ophthalmique, il convient d'attendre 15 minutes entre chaque instillation ou application.

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Grossesse et allaitement

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Informations importantes concernant certains composants de Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique

En raison de la présence de chlorure de benzalkonium, ce médicament peut provoquer une irritation des yeux.

3. COMMENT UTILISER FUCITHALMIC® 1%, gel ophthalmique ?

Posologie

Ce médicament vous a été personnellement prescrit dans une situation précise :

- il ne peut être adapté à un autre cas ;
- ne pas le réutiliser sans avis médical ;
- ne pas le conseiller à une autre personne.

A titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante:

1 goutte le matin et 1 goutte le soir, dans l'œil ou les yeux atteints.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Mode et voie d'administration

Ce médicament est destiné à être administré dans l'œil (voie ophthalmique).



Tube fermé

- Se laver soigneusement les mains.
- Retourner le tube fermé côté bouchon sur une surface dure.
- Taper 3-4 fois le tube pour amener le gel vers l'embouchure.

Tube ouvert

- Tirer vers le bas la paupière inférieure de l'œil.
- Porter le tube à la verticale au-dessus de la paupière écartée.
- Presser doucement la base du tube pour déposer 1 goutte.
- Battre 2-3 fois les paupières afin de liquéfier rapidement le gel.

Si vous devez traiter les deux yeux, recommencez ces étapes pour l'autre œil.

Fréquence et moment auxquels le médicament doit être administré

Habituellement 2 fois par jour, 1 fois le matin et 1 fois le soir.

Se conformer à la prescription de votre médecin.

Durée du traitement

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites, et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé. La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue, n'est pas due au traitement mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement sera sans effet sur cette impression et retardera votre guérison.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

Si vous avez utilisé plus de Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique que vous n'auriez dû :

Consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez d'utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique :

N'utilisez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée d'utiliser.

Si vous arrêtez d'utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique :

Consultez toujours votre médecin si vous envisagez d'arrêter le traitement.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Si vous remarquez des effets indésirables ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

5. COMMENT CONSERVER FUCITHALMIC® 1%, gel ophthalmique ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique après la date de péremption mentionnée sur la boîte. La date d'expiration fait référence au dernier jour du mois.

Ne pas utiliser au-delà de 15 jours après première ouverture du tube.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout à l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Quel contenu Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique ?

I. La substance active est :

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC
Quarter Arsalane-Rue Amiot d'Invile
BP 1020 CASABLANCA-MAROC

Fucithalmic® 1% gel ophthalmique

Tube de 3 g

AMM N°124

DMP/21/100/Q

PPV : 37 DH 20

Chlorure de benzalkonium

6 118001 200818

de sodium, mannitol, carbomère (carbopol 934), eau pour préparations injectables.

Qu'est ce que Fucithalmic® 1%, gel ophthalmique et contenu de l'emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme de gel ophthalmique. Tube de 3 g.

Titulaire

Amidipharm Limited,
Temple Chambers
3 Burlington Road
Dublin 4, Irlande

Fabricant :

LEO Laboratories Ltd.
Cashel Road
Dublin 12
Irlande

Etablissement Pharmaceutique Titulaire de l'AMM au Maroc :

POLYMEDIC
Rue Amyot d'Invile - Quartier Arsalane,
Casablanca - Maroc

La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée est mai 2014

CONSEILS / EDUCATION SANITAIRE

QUE SAVOIR SUR LES ANTIBIOTIQUES ?

Les antibiotiques sont efficaces pour combattre les infections dues aux bactéries. Ils ne sont pas efficaces contre les infections dues aux virus. Aussi, votre médecin a choisi de vous prescrire cet antibiotique parce qu'il convient précisément à votre cas et à votre maladie actuelle.

Les bactéries ont la capacité de survivre ou de se reproduire malgré l'action d'un antibiotique. Ce phénomène est appelé résistance : il rend certains traitements antibiotiques inactifs.

La résistance s'accroît par l'usage abusif ou inapproprié des antibiotiques. Vous risquez de favoriser l'apparition de bactéries résistantes et donc de retarder votre guérison ou même de rendre inactif ce médicament, si vous ne respectez pas :

- la dose à prendre,
- les moments de prise,
- et la durée de traitement.

En conséquence, pour préserver l'efficacité de ce médicament :

- N'utilisez un antibiotique que lorsque votre médecin vous l'a prescrit.
- Respectez strictement votre ordonnance.
- Ne réutilisez pas un antibiotique sans prescription médicale même si vous pensez combattre une maladie apparemment semblable.
- Ne donnez jamais votre antibiotique à une autre personne, il n'est peut-être pas adapté à sa maladie.
- Une fois votre traitement terminé, rapportez à votre pharmacien toutes les boîtes entamées pour une destruction correcte et appropriée de ce médicament.



Laboratoire Autorisé N°: 26050

مختبر يافا للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES YAFA

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - MICROBIOLOGIE - IMMUNOLOGIE - HORMONOLOGIE

Dr. Amal El Khafif Ramdani

د. أمال الخفيف رمضان

Pharmacienne Biologiste

Diplômée de l'Université de Granada-Espagne

Prélèvement du : 28-03-2023
Edition : 30-03-2023

Mme HILALI Afaf

Code Patient 1902120100 Référence : 2303280056

Prescripteur : Dr GHARBI KARIM

Page : 1/1

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE D'UN PRELEVEMENT OCCULAIRE

Origine du prélèvement : Sécrétions lacrymales

Examen cytologique

| | |
|-------------------------|----------|
| Cellules épithéliales : | Quelques |
| Leucocytes : | Absence |
| Hématies : | Absence |
| Levures : | Absence |
| Parasites: | Absence |

Examen bactériologique

Examen direct: Néant

(Après coloration de gram)

Culture : Absence de germes pathogènes

(Milieux enrichis sous CO₂: Chocolat+PVX, Chocolat+PVX+VCN, Sang+ANC/Milieux sélectifs: Mac)

Examen mycologique:

Culture : Négative
(Sabouraud+Chloramphénicol)

Négative

Horaire continu : du Lundi au Vendredi : 7h30 - 17h00 / Samedi : 7h30 - 13h Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Laboratoire d'Analyses Médicales YAFA

Dr EL KHAFIF Amal

Bd Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54

Hay Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca

Tél.: 05 22 75 86 77 / Fax : 05 22 76 84 39

Validé 05 22 75 86 77 / E-mail : laboyafa@hotmail.com

Bd. Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54, Moubaraka Hay Al Qods Sidi El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 75 86 77 / Fax : 05 22 76 84 39 - E-mail : laboyafa@hotmail.com



Laboratoire Autorisé N°: 26050

مختبر يافا للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES YAFA

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - MICROBIOLOGIE - IMMUNOLOGIE - HORMONOLOGIE

Dr. Amal El Khafif

Pharmacienne Biologiste

د.أمال الخفيف

Diplômée de l'Université de Granada-Espagne

Patente : 31606078 - IF : 53000550 - CNSS : 2064872 - ICE : 001540529000093

FACTURE N° : 230302357

Casablanca le 28-03-2023

Mme HILALI Afaf

Demande N°: 2303280056

Date de l'examen : 28-03-2023

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|---|-----|-------|
| ECOU | Prélèvement sur écouvillon ou mycologique | E25 | E |
| B241 | Cytologie. Culture. Identification | B90 | B |
| B242 | Antibiogramme | B60 | B |

Total des B : 150

Total dossier: 197.50 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

cent quatre-vingt-dix-sept dirhams cinquante centimes

INPE
093003440
Laboratoire d'Analyses Médicales YAFA
Dr EL KHAFIF Amal
Bd Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54
Hay Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca
Ref : 05 22 75 86 77 Fax 05 22 75 84 39

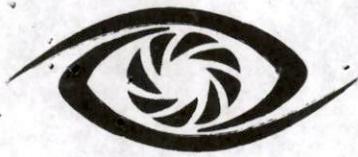
تاریخ اجراء التحاليل
غير قابل للتغيير

أوقات العمل : من الإثنين إلى الجمعة : 07h30 - 18h30 / السبت 07h30 - 14h أخذ العينات في المنزل بالميدع

Horaire continu : du Lundi au Vendredi : 07h30 - 18h30 / Samedi : 07h30 - 14h Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Bd. Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54, Moubaraka Hay Al Qods Sidi El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 75 86 77 / Fax : 05 22 76 84 39 - E-mail : laboyafa@hotmail.com



OPTIQUE BAGHDAD

BENNAOUI Abdeslam

Opticien - Optométriste

Rue de Chaussée Al Qods Gr Albaida

N° 0001473



095021804

N° 365 Didi bernoussi - Casablanca

Tél : 05 22 74 60 49

OPTIQUE BAGHDAD
BENNAOUI Abdeslam
Opticien Optométriste
Rdc Al Qods Gr Albaida N° 365
Sidi Bernoussi - Casablanca
Fix : 05 22 74 60 49

Casablanca , Le 5/03/2023

Dr Karim GHARIB

M H. L. Araf

VISION DE PRÈS

OD : Sph +1,50 Cyl —

OG : Sph +1,75 Cyl —

VISION DE LOIN

OD : Sph Cyl

OG : Sph Cyl

| Quantité | Désignation | Prix |
|----------|--|------------------------------------|
| 1 | Monture : Monture : 600,00 | Verre : Verre : 400,00 |
| 1 | Verre : Verre : 400,00 | |
| | | |

Montant (en lettres)

Total 800,00

Cachet, Signature

OPTIQUE BAGHDAD
BENNAOUI Abdeslam
Opticien Optométriste
Rdc Al Qods Gr Albaida N° 365
Sidi Bernoussi - Casablanca
Fix : 05 22 74 60 49