

# 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

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

N° W21-780025

*par courrier*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1537	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HOUSSAIN MOHAMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. 0661089117 Total des frais engagés : #206500 Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : HOUSSAIN MOHAMED Age : 30			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : mydriatique			
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 : NAJOR Le : 16/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



*Houssain*

*MOHAMED*

*16/11/2023*

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Babel</b> Bd. Taha Héïdla, N°65 - NADOR N.P.E: 082013523 - Tel: 05.36.60.35.44	16/11/23	6500

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 :**

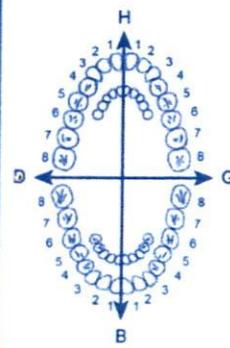
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

#### **[Création, remont, adjonction]**



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

**Dr. SALAH ARANNAU**

OPHTHALMOLOGISTE

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat  
Membre de la société Français de l'ophtalmologie  
Membre de l'American academy of Ophthalmology  
Membre de la société Européenne d'ophtalmologie



081157026

**الدكتور صلاح أرناو**

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

16 NOVEMBRE 2023

Mr / Mme : Hassan Arannau

**COMPTE-RENDU INJECTION**  
**D'ANTI-VEGF/OD**

-Anesthésie topique à la Xylocaïne 2% +  
Désinfection à la Bétadine

-Mise en place de champ stérile+ blépharostat

-Injection intra-vitréen de 0.1ml d'anti-VEGF  
(Avastin 1mg)

-Traitement local.

**Centre Dr. Salah ARANAU d'ophtalmologie**

Chirurgie Réfractive / OCT Angiographie / Laser SLT / Laser Yag-Argon / Laser Diode / Topographie Cornéenne  
Angiographie Numérisée / Camp Visuel Automatisé / Pachymétrie / Rétinographie Non Mydriatique / Echographies A et B

Email: drarnnau@gmail.com

Tel: 05 36 60 10 10

Fax: 05 36 33 03 30

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

Av.hassan 1, Residence Rif, Imm. 127 Etage 1, Appt 2 - Nador



**Dr. SALAH ARANNAU**

OPHTHALMOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de médecine de Rabat  
Membre de la société Français de l'ophtalmologie  
Membre de l'American academy of Ophthalmology  
Membre de la société Européenne d'ophtalmologie



**الدكتور صلاح أرناو**

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض وجراحة العيون

عضو الجمعية الأوروبية لأمراض وجراحة العيون



16 NOVEMBRE 2023

Mr/Mme : ..... Houssem. Nourane

**FACTURE**

- REÇU DE PAIEMENT POUR :

INJECTION INTRAVITREEENE D'ANTI -VEGF OD

- SOMME :

2000.00Dh ( DEUX MILLE Dirhams)

مركز الدكتور صلاح أرناو لطب وجراحة العيون

Chirurgie Refractive / OCT Angiographie / Laser SLT / Laser Yag-Argon / Laser Diode / Topographie Corneenne

Angiographie Numérisée / Camp Visuel Automatisé / Pachymétrie / Rétinographie Non Mydriatique / Echographies A et B

Email: drarnnau@gmail.com

Tel: 05 36 60 10 10

Fax: 05 36 33 03 30

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

Av.hassan 1, Residence Rif, Imm. 127 Etage 1, Appt 2 - Nador



Dr. SALAH ARANNAU

## OPHTALMOLOGISTE



Diplômé de la Faculté de médecine de Rabat  
Membre de la société Français de L'ophtalmologie  
Membre de l'American academy of Ophthalmology  
Membre de la société Européenne d'ophtalmologie

الدكتور صلاح أرناو

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



081157026

16 NOVEMBRE 2023

Mr / Mme : Hélène

6500

- VIGAMOX Collyre

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 10 jours

**Pharmacie Babel**  
Bd. Taha Hcien, N°65 - NADOR  
INPE: 082013558 - Tel: 05.36.60.55.44

Centre Dr. Salah ARNAW d'ophtalmologie مركز الدكتور صلاح أرناو لطب وجراحة العيون

Chirurgie Refractive / OCT Angiographie / Laser SLT / Laser Yag-Argon / Laser Diode / Topographie Cornéenne  
Angiographie Numérisée / Camp Visuel Automatisé / Pachymétrie / Rétinographie Non Mydriatique / Echographies A et B

Email: drarnnay@gmail.com

Tel: 05 36 60 10 10

Fax: 05 36 33 03 30

شارع الحسن الأول عمارة الريف 127 الطابق الأول رقم 2 - الناظور  
Av.hassan 1. Residence Rif. Imm. 127 Etage 1. Appt 2 - Nador



aux nouveau-nés et aux enfants. La posologie est la même que chez l'adulte.

#### **Patients souffrant de troubles de la fonction rénale ou hépatique**

Le collyre Vigamox peut être administré en toute sécurité aux patients souffrant d'insuffisance rénale ou hépatique.

Ne traitez vos deux yeux avec le collyre Vigamox que si votre médecin vous a dit de le faire. Ne changez pas de votre propre chef le dosage ou la durée du traitement prescrits. Si vous avez oublié d'appliquer le collyre Vigamox, rattez votre oubli dès que possible et poursuivez ensuite votre traitement selon le schéma de dosage prescrit. Installez une nouvelle goutte si celle qui est tombée n'est pas parvenue dans l'œil.

4

## **QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?**

Les principes actifs contenus dans les préparations ophthalmiques peuvent passer dans la circulation sanguine. C'est pourquoi des effets secondaires peuvent apparaître aussi en d'autres endroits du corps que l'œil.

Les effets secondaires suivants peuvent apparaître lors de l'utilisation du collyre Vigamox:

#### **Fréquents (chez 10 personnes sur 100 ou moins) :**

Douleurs oculaires, irritations des yeux.

#### **Occasionnels (chez 1 personne sur 100 ou moins) :**

Défauts en forme de points dans la couche supérieure de la cornée, yeux secs, démangeaison de l'œil, yeux rouges, gonflement de la paupière, perturbation du goût, maux de tête.

#### **Rares (chez 1 personne sur 1000 ou moins) :**

Maladies de la cornée, inflammation de la conjonctive, inflammation des paupières, gonflement des yeux, vision trouble, perte d'acuité visuelle, rougeissement des paupières, douleurs nasales, mal au cou, vomissement.

Niveau de l'œil et par conséquent, il ne doit être ni avalé, ni injecté.

Adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien si vous estimatez que l'efficacité du médicament est trop faible.

**Suivi**

**Un**

**prat**

**cap**

**par**

**De n**

**ingestio**

nal accidentelle est pratiquement exclue.

**6 118001 072323**

**Vigamox® 5 mg/ml**

**Collyre en solution, Flacon de 5 ml**

**Distribué par les laboratoires**

**SOTHEMA BOUSKOURA**

**AMM N° 562/18 DMP/21/NTD**

**PPV : 65,00 DHS**

**© 2016 Novartis**

**Non remboursable AMO**

**449781 MA**



**s**

#### **Peuvent apparaître par ailleurs:**

Hypersensibilité au médicament, vertiges, augmentation de la production de larmes, sensibilité à la lumière, écoulement oculaire, palpitations, nausée, démangeaisons, rougeissement de la peau et éruptions.

Si de tels effets, ou d'autres effets secondaires apparaissent pour lesquels vous pensez qu'il existe un rapport avec l'utilisation du collyre Vigamox, veuillez consulter immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous remarquez d'autres effets secondaires qui ne sont pas décrits ici, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

#### **Déclaration des effets secondaires**

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

## **5 COMMENT CONSERVER VIGAMOX ?**

#### **Conseils d'utilisation**

##### **Stérilité**

Pour empêcher une contamination du collyre par des microbes, vous devez éviter tout contact de l'extrémité du compte-gouttes avec vos mains ou vos yeux. Refermez soigneusement le flacon après l'emploi et le maintenir toujours bien fermé.

##### **Conservation**

Ne pas utiliser au-delà de la date de péremption (voir emballage « EXP : »). Le contenu d'un flacon entamé ne doit pas être utilisé au-delà de 4 semaines après sa première ouverture.

#### **Conservation/Stockage**

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et hors de portée et de la vue des enfants.

Une fois le traitement terminé, veuillez rapporter l'emballage avec ce qu'il reste de collyre à votre médecin ou à votre pharmacien, qui se chargera de son élimination.

Ne jetez aucun médicament au tout à l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

## **6 INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES :**

#### **Que contient Vigamox?**

- **Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :**  
1 ml de collyre Vigamox contient:  
5 mg de moxifloxacine sous forme de chlorhydrate de moxifloxacine.

- **Composition qualitative en excipients :**

Chlorure de Sodium, Acide borique, Acide chlorhydrique et/ou Hydroxyde de sodium (ajustement du pH), Eau purifiée.

#### **Nom et adresse du titulaire de l'AMM au Maroc :**

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182

Bouskoura

MAROC

#### **Nom et adresse du fabricant :**

Alcon-Couvreur N.V., Rijksweg 14, B-2870 Puurs, Belgique  
Siegfried El Masnou, S.A., Camil Fabra 58 08320 El Masnou- Barcelone, Espagne

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée : Janvier 2016

Conditions de prescription et de délivrance : Tableau A (liste I). Sur Prescription médicale