

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 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-780025

par
journal

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1537

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HOUBAN MOHAMED

Date de naissance :

16.06.10

Adresse :

BO. TAHA HOUSSIN, RUE 61 N°3

Tél. :

0661029117

Total des frais engagés :

#2065,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

HOUBAN MOHAMED

Age :

38 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

myopie

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 :

NADOR

Le :

16/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
16/11/2023	Consultation	1	2500	Dr. Salah M. Othman N° 081151026

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Babel Bd. Taha Heida, N°65 - NADOR NPE: 0820135284 - Tel: 05.56.60.55.44	16/11/23	6500

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

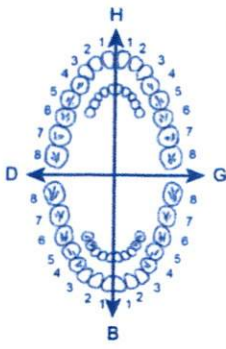
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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"/>

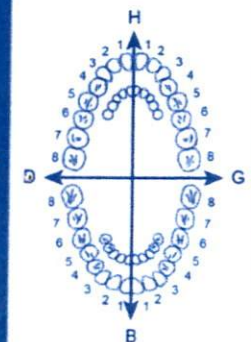
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SALAH ARANNAU

OPHTALMOLOGISTE

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



081157026

الدكتور صلاح أرناؤ

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 :

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 ARNAU d'ophtalmologie مركز الدكتور صلاح أرناؤ 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: 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

الدكتور صلاح أرناؤ

Diplomé de la faculté de médecine de Rabat
Membre de la société Française de L'ophtalmologie
Membre de l'American academy of Ophthalmology
Membre de la société Européenne d'ophtalmologie



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 :

FACTURE

- RECU DE PAIEMENT POUR :

INJECTION INTRAVITRENE D'ANTI -VEGF OD

- SOMME :

2000.00Dh (DEUX MILLE Dirhams)

Centre Dr. Salah ARNAU d'ophtalmologie مركز الدكتور صلاح أرناؤ 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: 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 Française de L'ophtalmologie
Membre de l'American academy of Ophthalmology
Membre de la société Européenne d'ophtalmologie



081157028

الدكتور صلاح أرنأو

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 :

6500

- VIGAMOX Collyre

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 10 jours

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

Dr Salah ARANNAU
OPHTHALMOLOGISTE
Av Hassan 1, Imm 127 Etage 1
Appt 2 - Nador

Centre Dr. Salah ARNAW d'ophtalmologie مركز الدكتور صلاح أرنأو 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: 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



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, rattrapez votre oubli dès que possible et poursuivez ensuite votre traitement selon le schéma de dosage prescrit. Instillez une nouvelle goutte si celle qui est tombée n'est pas parvenue dans l'œil.

Adressez-vous à l'application externe au 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 estimez que l'efficacité du médicament est insuffisante.

cor

Sur

Un

prat

cap

par

De n

ingest

ion

accidentelle est pratiquement exclue.



Vigamox® 5 mg/ml

Collyre en solution, Flacon de 5 ml

Distribué par les laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA

AMM N° 562/18 DMP/21/NT0

PPV : 65,00 DHS

Non remboursable AMO

449781 MA

© 2016 Novartis

avis à une

ingest

ion

accidentelle est pratiquement exclue.

4

QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Les principes actifs contenus dans les préparations ophtalmiques 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, rougissement des paupières, douleurs nasales, mal au cou, vomissement.

Peuvent apparaître par ailleurs:

Hypersensibilité au médicament, vertiges, augmentation de la production de larmes, sensibilité à la lumière, écoulement oculaire, palpitations, nausée, démangeaisons, rougissement 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. Refermer 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 moxifloxacin sous forme de chlorhydrate de moxifloxacin.

- 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