

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Nº P19-0048886

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2597

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAJAH Abdellaziz

Date de naissance : 01-01-1952

Adresse : coopérative NAKHL N° 27 SYBA
MARRAKECH

Tél. : 0651348320

Total des frais engagés : 595.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KBALI AKATRINA
OPHTALMOLOGUE
Hay CHARAF, Imm Fath, 3ème étage
Appt 6 564 Avenue Allal El Fassi
Casablanca 20000

Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : SELOLANI KHADISA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Amblyopie

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 : MARRAKECH

Le : 20/11/2023

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 Pajement des Actes
13/11/23	CIS	1	300,00	DR. ALI A. KATRINA 6/05/2023 ALI A. KATRINA DENTISTE 31/12/81 BAI'A K. Abdellat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA PALESTINE Quaiier Desselant N° 4/5, Beyba 40000 Marmelach Tel: 05 24 40 47 38 BAI'A K. Abdellat	13/11/23	295,00
INP 072047954		

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

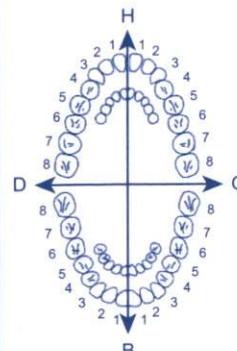
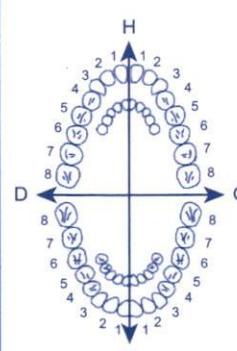
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV		

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412	21433552	<input type="text"/>
		00000000	00000000	<input type="text"/>
	D	00000000	00000000	<input type="text"/>
		35533411	11433553	<input type="text"/>
	B			<input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
<input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS				
<input type="text"/>				
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'EXECUTION

PHARMACIE DE LA PALESTINE
DR BAIAK ABDELLAH
QUARTIER TASSELTANT N 4 ET 5 SYBA
40050 MARRAKECH

Tél : 0524404738

13/11/2023

Mme SELOUANI KHADEJA

FACTURE N° : 19414 du 13/11/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	OPATANOL COLLYRE	90,70	181,40	7%
1	CHIBRO CADRON COLLYRE	28,60	28,60	7%
1	IA COLLYRE 6ML	85,00	85,00	0%
Total TTC				295,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
DEUX CENT QUATRE-VINGT QUINZE DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	196,26	13,74	210,00
0%Ar91	0,00	85,00	0,00	85,00
		281,26	13,74	295,00





- Ophtalmologie adultes et enfants
- Chirurgie de la cataracte – Glaucome
- Oeil et diabète – voies lacrymales
- Echographie oculaire – Lasers
- Permis de conduire

- طب العيون للصغار والكبار
- جراحة الجلالة – المياد الزرقاء (ضغط العين)
- العين وداء السكري – المسالك الدمعية
- التصوير بالموجات فوق الصوتية – الليزر
- رخصة القيادة

13 novembre 2023

90,70 x 2 = 181,40
Mme SELOUANI Khadija

OPATANOL: collyre cl

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois
88,60

CHIBROCADRON

1 goutte 3 fois par jour , pendant 8 jours
85,00

IA collyre

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

T. 295,00

Dr. KBAILI AKATRINA
OPHTHALMOLOGISTE
Hay CHARAF, Imme Fath, Appart 6, 564 Avenue Allal El Fassi
à côté de la banque Crédit du Maroc - Marrakech.
App 6, 564 Avenue Allal El Fassi, Marrakech
05 24 31 21 81



📍 Hay CHARAF, Imme Fath, 3ème étage, Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi
(à côté de la banque Crédit du Maroc) - Marrakech.

📞 05 24 31 21 81 📩 kbailiakatrina@gmail.com



- Ophtalmologie adultes et enfants
- Chirurgie de la cataracte – Glaucome
- Oeil et diabète – voies lacrymales
- Echographie oculaire – Lasers
- Permis de conduire

- طب العيون للصغار والكبار
- جراحة الجلالة – المباه الزرقاء (ضغط العين)
- العين و داء السكري – المسالك الدمعية
- التصوير بالموجات فوق الصوتية – الليزر
- رخصة السياقة

LE 13/11/2023

FACTURE

NOM : SELOUANI KHADIJA

CONSULTATION OPHTALMOLOGIQUE

300.00 DH

TROIS CENTS DIRHAMS

Dr. KBALI AKATRINA
OPHTALMOLOGUE
Hay CHARAF, Imm Fath, 3ème étage, Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi
Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi, Hay CHARAF, Marrakech
05 24 31 21 81

Mode d'administration :

- Prenez le flacon d'OPATANOL et utilisez un miroir.

6 118001 070442

Laboratoires SotHEMA Bouskoura
Opatanol® 1mg/ml collyre en solution

Flacon de 5 ml

AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ

PPV : 90,70 DHS

407253 MA



Appliquez le flacon à l'arrière. Avec un doigt propre, tirez doucement votre paupière vers le bas pour créer un sillon entre la paupière et l'oeil. La goutte sera déposée à cet endroit (figure 1).

Si une goutte tombe à côté de votre oeil, recommencez.

Si vous avez utilisé plus de OPATANOL que vous n'auriez dû

Rincez l'excédent avec de l'eau tiède. Ne mettez pas d'autres gouttes jusqu'à ce que le moment soit venu de mettre la goutte suivante.

Si vous oubliez d'utiliser OPATANOL

Mettez une goutte unique dès que possible et ensuite reprenez le rythme normal du traitement.

- Rapprochez l'embout du flacon de votre oeil. Si besoin, utilisez un miroir.
- Ne touchez pas votre oeil ou votre paupière, les surfaces voisines ou d'autres surfaces avec le compte-gouttes. Cela peut infecter le collyre restant dans le flacon.
- Appuyez légèrement sur la base du flacon pour libérer une goutte de OPATANOL à la fois.
- Ne comprimez pas le flacon, il est conçu pour que seule une légère pression sur la base soit nécessaire (figure 2).
- Si vous devez traiter les deux yeux, recommencez ces étapes pour l'autre oeil.
- Bien refermer le flacon immédiatement après usage.

Cependant, s'il est presque l'heure de prendre la dose suivante, ignorez la dose oubliée et reprenez votre posologie normale.

Ne mettez pas une double dose pour compenser la dose manquante.

Si vous arrêtez d'utiliser OPATANOL

N'interrompez pas l'utilisation de ce médicament sans en avoir parlé au préalable à votre médecin. 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, ce médicament est susceptible d'entraîner des effets indésirables, bien

Fréquence indéterminée : fréquence ne peut être estimée sur la base des données

Mode d'administration :

- Prenez le flacon d'OPATANOL et utilisez un miroir.

6 118001 070442

Laboratoires SotHEMA Bouskoura
Opatanol® 1mg/ml collyre en solution

Flacon de 5 ml

AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ

PPV : 90,70 DHS

407253 MA



on en le
bague de
nt utilisation
coupe et

tirez doucement votre paupière vers le bas pour créer un sillon entre la paupière et l'oeil. La goutte sera déposée à cet endroit (figure 1).

Si une goutte tombe à côté de votre oeil, recommencez.

Si vous avez utilisé plus de OPATANOL que vous n'auriez dû

Rincez l'excédent avec de l'eau tiède. Ne mettez pas d'autres gouttes jusqu'à ce que le moment soit venu de mettre la goutte suivante.

Si vous oubliez d'utiliser OPATANOL

Mettez une goutte unique dès que possible et ensuite reprenez le rythme normal du traitement.

- Rapprochez l'embout du flacon de votre oeil. Si besoin, utilisez un miroir.
- Ne touchez pas votre oeil ou votre paupière, les surfaces voisines ou d'autres surfaces avec le compte-gouttes. Cela peut infecter le collyre restant dans le flacon.
- Appuyez légèrement sur la base du flacon pour libérer une goutte de OPATANOL à la fois.
- Ne comprimez pas le flacon, il est conçu pour que seule une légère pression sur la base soit nécessaire (figure 2).
- Si vous devez traiter les deux yeux, recommencez ces étapes pour l'autre oeil.
- Bien refermer le flacon immédiatement après usage.

Cependant, s'il est presque l'heure de prendre la dose suivante, ignorez la dose oubliée et reprenez votre posologie normale.

Ne mettez pas une double dose pour compenser la dose manquante.

Si vous arrêtez d'utiliser OPATANOL

N'interrompez pas l'utilisation de ce médicament sans en avoir parlé au préalable à votre médecin. 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, ce médicament est susceptible d'entraîner des effets indésirables, bien

Fréquence indéterminée : fréquence ne peut être estimée sur la base des données

Chibro-Cadron, collyre en flacon

Améthasone / Néomycine



CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Béjaïa - MAROC



6

ntivement cette notice avant
l'usage de ce médicament car elle contient des
informations importantes pour vous.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à consulter cette notice. Vous pourriez avoir des réponses utiles.

Pour toute autre question, interrogez votre pharmacien ou votre médecin. Si votre pharmacien ou votre médecin vous a été personnellement recommandé, n'hésitez pas à lui demander des informations supplémentaires. Si un autre médicament pourrait leur être nocif, même si leurs maladies sont identiques aux vôtres, n'hésitez pas à demander des informations supplémentaires.

- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

- Qu'est-ce que CHIBRO CADRON, collyre en flacon et pour quoi l'utiliser ?

Si vous avez utilisé plus de CHIBRO CADRON, collyre en flacon que vous n'auriez dû

Des instillations répétées de façon prolongée du collyre peuvent entraîner un passage systémique non négligeable des principes actifs, une hypertension oculaire, une opacification du cristallin, une kératite superficielle, et un retard de cicatrisation. Si vous pensez avoir pris plus de CHIBRO CADRON, collyre en flacon, qu'il ne fallait et que vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez contacter votre médecin.

Si vous oubliez d'utiliser CHIBRO CADRON, collyre en flacon

Si vous oubliez de mettre une dose, mettez-la dès que possible, sauf s'il est presque l'heure de la dose suivante. Dans ce cas, reprenez votre traitement comme prescrit par votre médecin.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut causer des effets indésirables, mais ils ne

ia
interapothek

GOUTTES OPHTALMIQUES INTERAPOTHEK OPHTHALMIC DROPS GOTAS OFTÁLMICAS

8 435080 009124

LOT N-2637
2025-06

25835

Texto revisado el 25.1.2010

GOTAS OFTÁLMICAS

Confort ocular inmediato.
Gotas humectantes con
ácido hialurónico.

OPHTHALMIC DROPS

Immediate eye comfort.
Moisturizing drops with
hyaluronic acid.

GOTAS OFTÁLMICAS

Conforto ocular imediato.
Gotas hidratantes con
ácido hialurónico.

GOUTTES OPHTALMIQUES

Confort oculaire immédiat.
Gouttes hydratantes à
l'acide hyaluronique.

CE 0318

STERILE A 6 ml e

HO 00'58 : Odd

100 ml

10 ml

1 ml

COMPOSICIÓN:

HALURONATO SÓDICO,
HIDROXITEMILCELOLÓSA,
CLORURO SÓDICO, ÁCIDO
BÓRICO, TETRABORATO
SÓDICO, EDTATO DISÓDICO
0,02% Y POLIHEXANIDA
0,0001% EN AGUA PURIFICADA.

COMPOSITION:

HALURONATE DE SODIUM,
HYDROXYETHYLCELLULOSE,
CHLORURE DE SODIUM, ACIDE
BÓRICO, TETRABORATE DE
SODIUM, EDTATE DISODIQUE
0,02% ET POLYHEXANIDE 0,0001%
DANS DE L'EAU PURIFIÉE.

Importé et distribué au Maroc par:

Laboratoires pharmaceutiques IFRAMA
Zone Industrielle, Lot 143 Had Soualem,
Certificat d'Enregistrement N° 12166/2018/OMP du 09.04.2019

Dispol
Avda. Valdelaparrla, 31-A
28108 Madrid. España

Distribuido por: INTERAPOTHEK, S.A.
Ctra. de Santander-Alcalá, 158.
28049 Madrid (España) - España

Distribuído em Portugal por:
MERCASFAR Distribuição Farmacêutica,
S.A. Rua Pedro José Ferreira, 200-210
5. Cosme 4424-909 Gondomar
interapothek.es

COMPOSITION:

SODIUM HYALURONATE,
HYDROXYETHYLCELLULOSE,
SODIUM CHLORIDE, BORIC
ACID, SODIUM TETRABORATE,
DISODIUM EDTATE 0.02% AND
POLYHEXANIDE 0.0001% IN
PURIFIED WATER.

COMPOSIÇÃO:

HALURONATO DE SÓDIO,
HIDROXITEMILCELOLÓSA,
CLORETO DE SÓDIO, ÁCIDO
BÓRICO, TETRABORATO DE
SÓDIO, EDTATO DISSÓDICO
A 0,02% E POLIHEXANIDA A
0,0001% EM ÁGUA
PURIFICADA.

30 °C
5 °C



8