

## 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.

### 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.

**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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-541091

74678

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1920 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Chaoui Neza

Date de naissance : .....

Adresse : 57, rue Chakak Mouamane

Tél. : 06 99 51 895

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Loubna KHAYAR  
OPHTALMOLOGISTE  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

Date de consultation : 21 MAI 2021

Nom et prénom du malade : CHAOUI NEZHA Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : Le : 21/05/2021

Signature de l'adhérent(e) : .....

VOLET ADHERENT



[illegible]

DR. LOUBNA KHAYAR  
OPHTALMOLOGISTE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DE L'ORIENT</b> <b>PHARMACIE TABBARA</b> Mme LAKHSASSI El Mansour - Casablanca 213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0527 77 77 51	16/12/24	138,10
	21/12/24	75,00

Yacoub El Mansour, Rés.  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Montant de la Facture

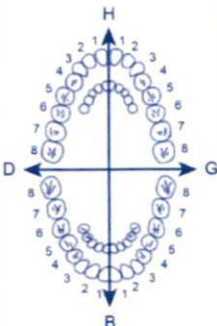
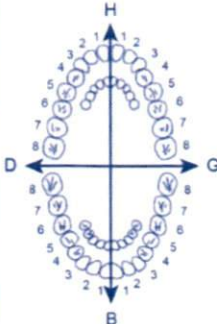
[illegible][illegible]

# 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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

INP: | | | | | | | | | |

FIN  
D'EXECUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie Lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le : 21.05.21 : الدار البيضاء، في :

**الدكتورة لبنى خيار بنجلون**

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالاشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

31,7071 Charou M-Zha

1) - Tobradex 1g/100 x 4 19

5h, 40

4) - Tobradex 1g/100 x 4

6 118001 070596  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® collyre, en suspension, 5 ml  
AMM N°: 524/18 DMP/ 21/ NTO  
Boîte de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DHS

406834 MA

OBRADEx®  
OMMADE OPHTALMIQUE  
3,5G  
boîte de 1 tube  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
AMM N°: 455/18 DMP/ 21/ NRO

6 118001 070602  
69020-4

**Dr. Loubna KHAYAR**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
213, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage 10 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

31

58,00

Nautilpe 1g/100 x 3 1mg

T = 188,10

**صيدلية الشرق**  
**PHARMACIE DE L'ORIENT**  
Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa  
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 75 51



15,80



1) Doliprane 1g 16 x 3, 03.

37,20



2) Fucibac gel 1x 16 x 2, 71g

2203



Coupons de tickets 10!

2057

PHARMACIE DE L'ORIENT  
Mme LAKHASSI TABBARALAH  
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 75 51

~~Yacoub KHAYAR~~  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
Yacoub El Mansour, Rés  
no 2 - Casablanca  
Tél: 0522 36 75 51



# URGO

## Compresse de gaze stériles



Compresse tissées 100% coton

10

SACHETS INDIVIDUELS

30 cm x 30 cm

# فوسيتاميك® 1% ، هلام للعينين

## حمض فوسيدي

**الرجاء قراءة هذه النشرة كاملة قبل استعمال هذا الدواء.**

- احتفظوا بهذه النشرة إذ قد تحتاجون إلى إعادة قراءتها.
- إذا كانت لديكم أسئلة أو رادوتكم شكوك، فاستشيروا الطبيب أو الصيدلي.
- تدقّم وصف هذا الدواء لكم شخصياً. لا تملوه إلى أي شخص آخر، حتى في حال ظهور عوارض شبيهة لتواضعكم لديه، إذ قد يكون ذلك ضاراً له.
- إذا تصافح أحد الآثار الجانبية أو لاحظتم ظهور أثر سلبي غير وارد في هذه النشرة، فاطلمو طبيبكم أو الصيدلي عليه.

### تتضمن هذه النشرة:

1. ما هو فوسيتاميك® 1% هلام للعينين وما هي دواعي استعماله؟
2. ما يجب معرفته قبل استعمال فوسيتاميك® 1% . هلام للعينين؟
3. كيف يجب استعمال فوسيتاميك® 1% . هلام للعينين؟
4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟
5. كيف يجب حفظ فوسيتاميك® 1% . هلام
6. معلومات إضافية.

**1. ما هو فوسيتاميك® 1% هلام للعينين**  
إن هذا الدواء مخصص للعينين ويأتي على حيوي. الحمض الفوسيدي، الذي يعمل على

يؤسف هذا الدواء لعلاج بعض أنواع التهابات العين، التهاب القرنية (ذات الأسفل البكتيري) وشعرية في العين ( التهاب يصيب إحدى إحدى العداد الموجودة داخل الجفن، وهو يظهر عموماً على شكل بشره على أحد الرموش).

**2. ما الذي يجب معرفته قبل استعمال فوسيتاميك® 1% . هلام للعينين؟**  
لا تستعملوا إطلاقاً فوسيتاميك® 1% . هلام للعينين، إذا كنتم مصابون بحساسية (حساسية مُفرطة) ضد الحمض الفوسيدي أو أي من مُكوّنات هذا الهلام الأخرى.

في حال راودكم الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو الصيدلي.

**استعمال فوسيتاميك® 1% . هلام للعينين،**  
لا تملوه.

لا تملوه مدة العلاج إلى ما بعد المدة المحددة على وصفة الطبيب، في غياب أي تحسن سريع أو في حال ظهور عوارض غير طبيعية، استشيروا الطبيب فوراً. في يوّدي هذا الدواء إلى ظهور احتياج في العينين بسبب وجود كلورين البنز الكونيوم فيه. تجنبوا لامسة العدسات اللاصقة أثناء. أزيلوا العدسات اللاصقة قبل وضع الهلام وانظروا 15 دقيقة قبل إعادة وضعها. يمكن أن تمتص العدسات اللاصقة كلورين البنز الكونيوم، وقد يوّدي ذلك إلى تغيير لونها.

بشكل عام، يستحسن عدم وضع عدسات لاصقة أثناء وجود التهاب في العين. في حال راودكم الشك، لا تترددوا في استشارة الطبيب أو الصيدلي. يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

### استعمال أدوية أخرى

يمكن أن تتأثر فعالية هذا الهلام إذا ما تزامن استعماله مع استعمال دواء آخر للعين. في حال العلاج المتزامن بقطرة أو هلام آخر للعين، من المستحسن انتظار 15 دقيقة بين كل دواء تطهير والعلمة التالية.

**في حال استعمالكم كمية من فوسيتاميك® 1% . هلام للعينين أكبر من الكمية الواجب عليكم استعمالها،**  
استشيروا الطبيب أو الصيدلي

**تلك 1% . هلام للعينين،**

ن الجرعة التي نستمع وضعها.

**فوسيتاميك® 1% . هلام للعينين،**

في التوقف عن العلاج.

استعمل هذا الدواء، فاستشيروا الطبيب أو الصيدلي

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
Fusidic 1% gel ophtalmique  
Tubes de 3 g  
AMM N°184  
DMP/21/NRQ  
PPV : 37 DH 20



### مدة

مجره من الادوية، من المحتمل أن يكون لفوسيتاميك® 1% . هلام للعينين، آثار جانبية، حتى إن لم يكن جميع الأشخاص عرضة لهذه الآثار.

في حال لاحظتم ظهور أي آثار جانبية أو في حال تصافحت بعض الآثار الجانبية، فتقوموا فوراً بإبلاغ الطبيب أو الصيدلي.

**5. كيفية حفظ فوسيتاميك® 1% . هلام للعينين؟**

يحفظ بعيداً عن متناول ونظر الأطفال.

لا تستعملوا فوسيتاميك® 1% . هلام للعينين بعد انقضاء مدة الصلاحية المذكورة على العلبة. تشير مدة الصلاحية إلى آخر يوم من الشهر.

لا تستعملوه بعد مرور 15 يوماً على تاريخ فتح الأنبوب.

لا يجب أبداً رمي الأدوية في مجاري مياه الصرف ولا مع النفايات المنزلية. استشيروا الصيدلي حول ما يجب فعله بالأدوية غير المستعملة. تساهم هذه التدابير في حماية البيئة.

### معلومات إضافية

على ما يحتوي فوسيتاميك® 1% . هلام للعينين؟

### المادة الفاعلة هي:

حمض فوسيدي.

### المكوّنات الأخرى هي:

كلورين البنز الكونيوم، أيبديات الصوديوم، المانيتول، الكربومير (كربوبول 974P)، محلول هيدروكسيد الصوديوم، ماء للتخفيفات القابلة للحقن.

# Doliprane®

1000 mg comprimé effervescent sécable  
PARACÉTAMOL

**Veillez lire attentivement cette notice car elle contient des informations importantes pour vous.** Ce médicament est disponible sans ordonnance et vous permet donc de soigner des maladies bénignes sans l'aide d'un médecin. Néanmoins, vous devez utiliser Doliprane 1000 mg, comprimé effervescent avec précaution afin d'en obtenir le meilleur résultat. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau. Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez vous à votre pharmacien. Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 5 jours, consultez un médecin.

La substance active est : paracétamol 1000 mg pour un comprimé effervescent sécable. Les autres composants sont : acide citrique anhydre, mannitol, saccharine sodique, laurylsulfate de sodium, povidone K90, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine, arôme orange.  
Teneur en sodium : 408 mg par comprimé.

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleurs et/ou de fièvre.

Il peut également être prescrit par votre médecin. Cette présentation est réservée à l'usage adulte. Lire attentivement la rubrique "Posologie". Pour les enfants de moins de 15 ans, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

## INFORMATIONS NÉCESSAIRES À L'USAGE DU MÉDICAMENT DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

### Contre-indications

**Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg en cas de :**

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

## PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

### Précautions particulières

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.
- En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sodium : 408 mg par comprimé.
- En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

### Mises en garde

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

**Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").**

### Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

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





# navilipo

## DRY EYES

### EYE DROPS

Lubricating and restoring liposomal eye drops  
with Sodium Hyaluronate & Vitamin E

**NOVAX**  
PHARMA

(EN)

### COMPOSITION:

Solution with Liposomes, Aloe Vera gel 1%, Chamomile Extract, Sodium Hyaluronate, Vitamin E-TP, Disodium Edetate, PHMB in an Isotonic buffered solution.

PS: Does not contain Chlorhexidine, Thimerosal, or Benzalkonium Chloride.

### DESCRIPTION:

**NAVI\*LIPO** is a lubricating and restoring ophthalmic liposomal solution made up from phospholipids which are natural constituents of the lachrymal fluid which helps restore the lipid layer. The sub-microscopic lipid particles dispersed in the micro-emulsion protect the ocular tissue, by forming a thin hydrophobic barrier, which mimics the lipid layer naturally found in the tear film.

### INDICATIONS:

**NAVI\*LIPO** eye drops helps restore the surface micro-environment altered by dryness, tendency to evaporate, instability, eye traumas, ocular surgery, wear of contact lenses, prolonged exposure to computer terminals.

### DIRECTION FOR USE:

- 1 - Shake before use.
- 2 - Wash your hands before using the bottle.
- 3 - Instill 1 or 2 drops of the solution in each eye, as many times as needed or according to your specialist's recommendation.

**NAVI\*LIPO** can be used with all types of contact lenses.

### WARNINGS:

- In case of eye irritation, stop using the product and contact a physician.
- Do not use if you are allergic to any of the product components.
- Do not touch the eyes with the tip of the bottle.
- Keep out of the reach of children.
- Do not ingest.

- Do not use the product after the expiry date.
- Use within 28 days of first opening.
- Sterile until first opening.
- Close the bottle tightly immediately after use.

### CONTRAINDICATIONS:

- None known.

### STORAGE:

- Keep away from heat sources.
- Store in a dry place, between 5 and 35°C.

**Bottle 3 ml**

REF D3NL160

**Bottle 10 ml**

REF D10NL159



### Distributor :

**PHARMALIFE Co.**

Beirut St. Naief complex.  
Floor 8  
Hawally - KUWAIT

**Manufacturer:**  
**NOVAX\*PHARMA**

Le Coronado  
20, Av. de Fontvieille  
MC 98000 MONACO  
[www.novaxpharma.com](http://www.novaxpharma.com)

CE  
0051

V1 - Rev. 29/08/2017