

## 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

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

## Déclaration de Maladie

N° W19-541091

74678



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

12820

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

chouaib nafsa

Date de naissance :

ST, rue chakkaik cinouamane

Adresse :

Tél. :

06 99 51 88 95

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 MAI 2021

Nom et prénom du malade : CHAOUIB NEZHA. Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection  
Oculaire

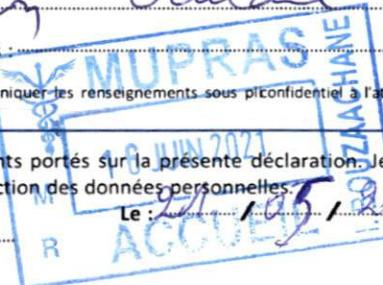
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
21.05.21		C2	300 DHS	INP : <u>BP102000</u> Dr. <u>Loubna KHAYAR</u> <u>ANESTHÉSILOGISTE</u>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE DE LURIEN</b> Mme LAKHASSI TABBARA Louïz 213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca tel: 0527 77 51	16/07/24	138,10
00:18L 00:08:07 00:08:07 00:08:07	21/07/24	75,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

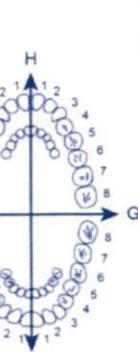
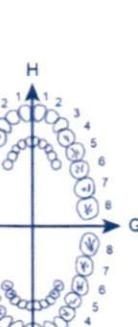
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 : <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															
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">35533411</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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**

## CABINET D'OPHTALMOLOGIE

## Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN OPHTHALMOLOGISTE

## 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'Ophtalmologie

## Permis de Conduire

Casablanca, le : 21.05.21

## رخصة القيادة

## الدكتورة لبنى خيار بنجلون

## الآن - فحص الشركة بالأشعة

## جامعة المجمعة - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طلبية سابقة بمستشفى 20 غشت

Forme de conducte

Casablanca, le : 21.05.21 الدار البيضاء، في:

35,70 Dhs Charn Métha

1) - Tobradex 1g/te x4 1g f.

5,40 Dhs

2) - Tobradex 1g/te x4 1g f.

3) Dr. Loubna KHAYAR  
OPHTALMOLOGISTE  
El Jadida, El Mansour, Béz  
Al Anfal, Etage 1<sup>er</sup> - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

0,80 Dhs Nailips 1g/te x3 P 1mg



6 118001 070596  
Laboratoires Sotema Boukoura  
Tobradex® collyre en suspension, 5 ml  
AMM N°: 524/18 DMP/21/NT0  
Boîte de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DHS

406834 MA



OBRADEX®  
GOMMAGE OPHTALMIQUE  
3,5 g PPV: 54,40 DHS  
boîte de 1 tube  
Laboratoires Sotema, Boukoura  
AMM N° 455/18 DMP/21/NR0

6 118001 070602  
69020-4



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

235. شارع يعقوب المنصور إقامة الأنفال - عمارة A شقة رقم 5 - الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 89  
235, Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal - Im «A», App. 5 - 2ème Etage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89

15,82



1) Diphnee 1S 16x3,03.

37,20



2) Fruchte Gel 1x 14,41

223



Compagnie de l'Afrique

7,50

PHARMACIE DE L'ORIENT  
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél: 02 36 75 51  
Mme LAKHASSI TRABARAL

Dr. ABDERRAHMANE KHAYAK  
ALMOLOGISTE  
Jacoub El Mansour, Rés  
102 - Casablanca  
Tél: 02 36 75 51



# URGO

## Compresses de gaze stériles



Compresses tissées 100% coton

10

SACHETS INDIVIDUELS

30 cm x 30 cm

# فوسيتاميك®، هلام للعينين حمض فوسيدى

الرجاء قراءة هذه النشرة كاملة قبل استعمال هذا الدواء.

- احتفظوا بهذه النشرة إذ قد تحتاجون إلى إعادة قرائتها.
- إذا كانت لديك أستلة أو راودتك شوك، فاستشيروا الطبيب أو الصيدلي.
- لقد وصف هذا الدواء لكم شخصياً. لا تتطوّر إلى أي شخص آخر، حتى في حال ظهور عوارض مُعابدة لغير دواءك الذي، إذ قد يكون ذلك ضاراً له.
- إذا تفاقم أحد الآثار الجانبية أو لاحظتم ظهور أسلوب غير وارد في هذه النشرة، فاتصلوا بطبيبكم أو الصيدلي على الفور.

في حال استعملتم كمية من فوسيتاميك® 1%، هلام للعينين أكبر من الكمية

الواجب عليكم استعمالها:

استشيروا الطبيب أو الصيدلي

لذلك® 1%، هلام للعينين،  
ن الجرعة التي تسبّب وضوحاً.

وسيتاميك® 1%، هلام للعينين،  
في التوقف عن الملاج.

عما يفعلون هذا الدواء، فاستشيروا الطبيب أو الصيدلي



غيره من الأدوية، من المفضل أن يكون فوسيتاميك® 1%، هلام للعينين، أثراً جانبياً، حتى إن لم يكن جميع الأشخاص عرضة لهذه الآثار.

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

5 كافية جدّيًّا فوسيتاميك® 1%، هلام للعينين®  
يُنفَطَّ بعدها عن متناول ونظر الأطفال.

لا تستعملوا فوسيتاميك® 1%، هلام للعينين بعد انسداد مَدَة الصلاحية المذكورة على العلبة، ثثير مَدَة الصلاحية إلى آخر يوم من الشهر.

لا تستعملوا بعد مرور 15 يوماً على تاريخ فتح الأنبوب.

لا يجب أبداً إدخال الأدوية في مجرى مياه الصرف ولا مع النفايات المنزلية. استشيروا الصيدلي حول ما يجب فعله في الأدوية غير المستعملة. تسامح هذه التدابير في حماية البيئة.

6 معلومات إضافية  
على ما يحتوي فوسيتاميك® 1%، هلام للعينين®

المادة الفاعلة هي:  
حمض فوسيدى.

المكونات الأخرى هي:

كلوريد المانگنز الكروبيوم، بيداتس الصوديوم، المانغنيت، الكروبيور (كروبيول 974P)، محلول هيدروكسيد الصوديوم، ماء التحضيرات الفيزيائية المائية.

تتضمن هذه النشرة:

1. ما هو فوسيتاميك® 1% هلام للعينين وما هي دواعي استعماله؟

2. ما يجب مراعته قبل استعمال فوسيتاميك® 1% هلام للعينين؟

3. كيف يجب استخدام فوسيتاميك® 1% هلام للعينين؟

4. ما هي الآثار الجانبية المترتبة؟

5. كيف يجب حفظ فوسيتاميك® 1% هلام للعينين؟

6. معلومات إضافية.

1. ما هو فوسيتاميك® 1% هلام للعينين؟

إن هذا الدواء مخصوص للعينين ويعطي على ج giochi، الحمض فوسيدى، الذي يعمل على

يُوصي هذا الدواء لعلاج بعض أنواع التهابات

التنفسية، التهاب الفرنيز (ذات الأصل البكتيري)، الأسل الميكروي، وغُصّة في الميز (التهاب يصيب إحدى العقد الموجودة داخل الجفن)،

وهو يظهر عموماً على شكل بثرة على أحد الرموش.

2. ما الذي يجب مراعته قبل استعمال فوسيتاميك® 1% هلام للعينين؟

لا تستعملوا إلقاء فوسيتاميك® 1% هلام للعينين® (حساسية مفرطة ضد الحمض فوسيدى أو أي من

مكونات هذا الدواء الأخرى).

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

3. انتهوا عند استعمال فوسيتاميك® 1%، هلام للعينين®.

لا تخليلوا شدة المخدرة على مَدَة الصلاحية، ووقفوا على وصفة الطبيب.

4. في حال ظهور أي تحسّن سريع أو في حال ظهور أعراض غير طبيعية، استشيروا الطبيب فوراً.

قد يؤدي إلى إلقاء الدواء إلى ظهور اهياج في العينين بسبب وجود كاربونات المانگنز الكروبيوم فيه.

تجنبوا ملامسة العدسات اللاصقة اللينة. أزيلوا العدسات اللاصقة قبل وضع الدواء.

5. انتظروا 15 دقيقة قبل إعادة وضعيتها، يمكن أن تُعَدَّ حمضة العدسات اللاصقة كلوير

المنزلي الكروبيوم، وقد يُؤثِّر ذلك على تغير لونها.

يشكل علبة فوسيتاميك® 1% هلام للعينين® بثرة على شكل علبة فوسيتاميك® 1%، هلام للعينين®.

في حال راودكم الشكل، لا تتردّدوا في استشارة الطبيب أو الصيدلي.

يُحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

استعمال أدوية أخرى

يمكن أن تتأثر فاعلية هذا الدواء إذا ما تزامن استعماله مع استعماله مع أدوية آخر للعينين.

حال العلاج المزدوج يمكن بطرة أو ماء آخر للعينين، من المستحسن انتظار 15 دقيقة بين كل

دose تناول العلامة المائية.

# Doliprane®

1000 mg, comprimé effervescent sécable  
PARACÉTAMOL

Veuillez 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 mg ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

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

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



, douleurs dentaires, courbatures,

paracétamol : demandez conseil à

## INFORMATIONS NÉCESSAIRES DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

### Contre-indications

Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg si :

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

cas suivants :

## 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

NOVAX®  
PHARMA

### EYE DROPS

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

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 the 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:**

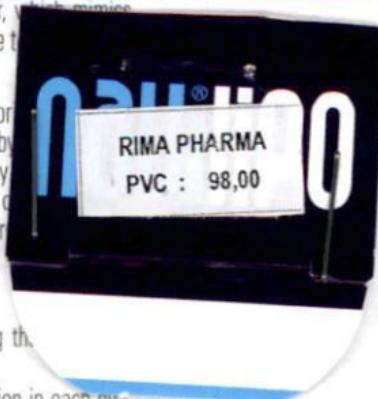
- Keep away from heat sources.
- Store in a dry place, between 5 and 35°C.

**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)

