

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## adiologie 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

- Réclamation : 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.



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0000936

9751

MD: 76863

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9751 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

QUAIDI

Aziz

Date de naissance :

10/03/62

Adresse :

Tél. : 08 22 35 30 04 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : ..... / ..... / .....

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 Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 27/03/20 | 104,50                |

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

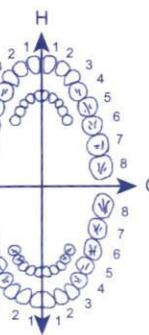
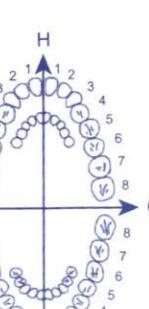
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 canalaire, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins                                       | Coefficient |                         |
|---|---|--|-------------|-------------------------|
|    |   |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |   |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   |   |  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|   |   |  |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |  |             |                         |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | B           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             | 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. Merieme ZRYOUIL**

**Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



# **الدكتورة مريم ازرويل**

**اختصاصية أمراض  
و جراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلالة) بالليزر

سكرى العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

**17 mars 2021**

**Mr. QUADRY Aziz**

37,70

FUCITHALMIC 1% GEL OPHTAL



30,30

1 application le soir, pendant 2 semaines, les deux yeux



ICOMB: COLLYRE

une goutte x 4 / jour, les deux yeux, 8 jours

38,10 X2 177,00

SICCAFLUID : collyre



1 goutte 3 fois / jour, les deux yeux, 1 Mois

37,70

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 52 38 42 DR. ZRYOUIL Merieme  
52, Bd El Khalil - Casablanca  
Tél: 05 22 52 38 42 DR. ZRYOUIL Merieme

PHARMACEUTIQUE  
Dr. ZRYOUIL  
Les Cedres - Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 52 38 42 DR. ZRYOUIL Merieme

# Fucithalmic® 1%, gel ophtalmique

## Acide fusidique

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la re lire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

### Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique ?
3. Comment utiliser Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique ?
6. Informations supplémentaires.

### 1. QU'EST-CE QUE FUCITHALMIC® 1 %, gel ophtalmique ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament est destiné à l'œil et se présente sous forme de gel ophtalmique. Il contient un antibiotique, l'acide fusidique, qui agit en tuant certaines bactéries responsables d'infections.

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines infections de l'œil et des paupières : conjonctivites, kératites (inflammation de la cornée d'origine bactérienne), ulcères de la cornée, blépharites (inflammation des paupières d'origine bactérienne) et orgelets (infection d'une glande située dans la paupière se présentant habituellement comme une pustule centrée sur un cil).

### 2. QUELS SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER FUCITHALMIC® 1 %, gel ophtalmique ?

#### N'utilisez jamais Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'acide fusidique ou à l'un des autres composants contenus dans ce gel.

**EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

#### Faites attention avec Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique :

Ne pas avaler.

Ne pas prolonger le traitement au-delà de la date prévue sur l'ordonnance. En l'absence d'amélioration rapide ou en cas d'apparition de symptômes anormaux, consulter votre médecin.

En raison de la présence de chlorure de benzalkonium, ce médicament peut provoquer une irritation des yeux.

Eviter le contact avec les lentilles de contact souples. Retirer les lentilles de contact avant application et attendre 15 minutes avant de les remettre. Le chlorure de benzalkonium peut être absorbé par les lentilles de contact souples et les colorer.

D'une façon générale, il est recommandé de ne pas porter de lentilles de contact lors d'une infection oculaire.

**EN CAS DE DOUCE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

### Durée du traitement

Pour être efficace, ce médicament doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites, et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue, n'est pas due au traitement mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement sera sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

**DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

**Si vous avez utilisé plus de Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique que vous n'en aviez dû :**

Consultez votre médecin ou votre pharmacien.

**Si vous oubliez d'utiliser Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique :**

Ne utilisez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée d'utiliser.

**Si vous arrêtez d'utiliser Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique :**

Consultez toujours votre médecin si vous envisagez d'arrêter le traitement.

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, Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

**Si vous remarquez des effets indésirables ou si certains effets indésirables deviennent graves,**

#### 5. COMMENT

Tenir hors de portée des enfants.

Ne pas utiliser si l'emballage est déchiré, déformé ou si le contenu est décoloré, flou ou si la texture est modifiée. Ne pas utiliser plus d'un mois.

Ne pas utiliser si l'emballage est déchiré, déformé ou si le contenu est décoloré, flou ou si la texture est modifiée.

#### Titulaire de l' AMM au Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amot Ivilla  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

Fucithalmic® 1 % gel ophtalmique

Tube de 3 g

AMM N°184

DMF 21/NRQ

PPV 37 DH 20

6 118001 200818



Les médicaments peuvent entraîner des effets indésirables, notamment des ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

### 6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Que contient Fucithalmic® 1 %, gel ophtalmique ?

030941-00

## Important: Lire Attentivement!

Icomb®

Tobramycine 3 mg (0,3%) et dexaméthasone 1 mg (0,1%)

Suspension ophtalmique stérile

### DESCRIPTION :

Chaque ml d'Icomb® contient :

Principe actif : Tobramycine 3 mg (0,3%) et dexaméthasone 1 mg (0,1%).

Excipient à effet notoire: Chlorure de Benzalkonium.

### PROPRIETES:

La dexaméthasone est un corticostéroïde synthétique, aux propriétés anti-inflammatoires. Il est 25 fois plus puissant que l'hydrocortisone dans son action anti-inflammatoire. La Tobramycine est un antibiotique aminoglycoside qui est actif contre plusieurs souches de bactéries à gram-négatif, y compris le bacille pyocyanique.

### INDICATIONS:

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines inflammations et infections de l'œil :

- après chirurgie de l'œil,
- dans des infections avec inflammation, dues à des bactéries pouvant être combattues par l'antibiotique contenu dans ce médicament.

### MISE EN GARDE :

Ne pas injecter directement dans l'œil.

Utilisation de lentilles de contact : Icomb® contient un conservateur, le chlorure de benzalkonium, qui peut provoquer une irritation oculaire. Retirer les lentilles de contact avant l'instillation du colyre et attendre au moins 15 minutes avant de les remettre. Le chlorure de benzalkonium est connu pour colorer les lentilles de contact souples.

### CONTRE-INDICATIONS:

Hypersensibilité à l'un des constituants. Kétopurulentes virales de la cornée et de la conjonctive. Ili chirurgicale d'un corps étranger cornéen et

### EFFETS INDESIRABLES:

L'utilisation prolongée de corticostéroïdes peut entraîner une altération à la vision. Si Icomb® est administré par le médecin traitant.

L'utilisation prolongée des corticostéroïdes peut entraîner une infection sévère. Comme avec tout autre médicament, il existe des risques résistants. Le traitement ne doit pas entraîner de cicatrisation retardée et la formation de cataracte.

### UTILISATION CHEZ LES ENFANTS:

La sécurité et l'efficacité de cette préparation n'a pas été établie chez les enfants.

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT:

Il n'est pas connu si ce médicament peut nuire au fœtus ou au nouveau-né. Si l'administration de ce médicament dans le lait maternel n'est pas connue,

**Grossesse** : ne doit être administré que si le bénéfice justifie le risque potentiel sur le fœtus.

**Allaitement** : en cas de prescription de ce médicament, l'allaitement est déconseillé.



# Siccafluid 2,5 mg/g

## Gel ophthalmique

Carbamère 974P

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consulter un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

### Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE SICCAFLUID 2,5 mg/g, gel ophthalmique ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER SICCAFLUID 2,5 mg/g, gel ophthalmique ?
3. COMMENT UTILISER SICCAFLUID 2,5 mg/g, gel ophthalmique ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER SICCAFLUID 2,5 mg/g, gel ophthalmique ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.
  
1. QU'EST-CE QUE SICCAFLUID 2,5 mg/g, gel ophthalmique ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

SICCAFLUID est un substitut lacrymal contenant une substance active lubrifiante appelée Carbomère 974P.

2. Retournez le flacon la tête en bas. Pressez-le pour faire tomber une goutte dans la « poche ».
3. Relâcher la paupière inférieure, et fermez vos yeux quelques instants.
4. Répétez les étapes 1 à 3 pour l'autre œil, s'il a aussi besoin d'être traité.

Afin de prévenir les infections, évitez le contact de l'embout du flacon avec votre œil, la peau environnante ou quoi que soit d'autre. Revissez le bouchon pour fermer le flacon immédiatement après utilisation.

**Conserver le flacon tête en bas**, afin de faciliter la formation des gouttes lors de la prochaine utilisation de SICCAFLUID.

Après la première **ouverture du flacon**, vous ne devez pas l'utiliser plus de 28 jours ; merci de voir aussi chapitre 5, « Comment conserver SICCAFLUID ».

**Si vous avez utilisé plus de SICCAFLUID 2,5 mg/g, gel ophthalmique que vous n'auriez dû :**  
L'utilisation de plus de gouttes que vous n'auriez dû ne présentent aucun danger.

**Si vous oubliez de prendre SICCAFLUID 2,5 mg/g, gel ophthalmique :**

Si vous avez oublié de mettre une goutte de SICCAFLUID poursuivez votre traitement en vous mettant votre prochaine goutte comme prévu initialement.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien.

### 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, SICCAFLUID est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

**Contactez votre médecin si :**

- vos symptômes début du traitement
- Si vous ressentez juste après avoir apporté à votre médecin s'il
- gêne visuelle pas
  - picotements ou sensations de brûlures, légers et passagers.
- Les effets indésirables mentionnés ci-dessus sont
- 

6 118001 101023

SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophthalmique 10 g - PPV : 38,50 DH
- Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI
- 14.2218

# Siccafluid 2,5 mg/g

## Gel ophthalmique

Carbamère 974P

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consulter un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

### Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE SICCAFLUID 2,5 mg/g, gel ophthalmique ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER SICCAFLUID 2,5 mg/g, gel ophthalmique ?
3. COMMENT UTILISER SICCAFLUID 2,5 mg/g, gel ophthalmique ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER SICCAFLUID 2,5 mg/g, gel ophthalmique ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.
  
1. QU'EST-CE QUE SICCAFLUID 2,5 mg/g, gel ophthalmique ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

SICCAFLUID est un substitut lacrymal contenant une substance active lubrifiante appelée Carbomère 974P.

2. Retournez le flacon la tête en bas. Pressez-le pour faire tomber une goutte dans la « poche ».
3. Relâcher la paupière inférieure, et fermez vos yeux quelques instants.
4. Répétez les étapes 1 à 3 pour l'autre œil, s'il a aussi besoin d'être traité.

Afin de prévenir les infections, évitez le contact de l'embout du flacon avec votre œil, la peau environnante ou quoi que soit d'autre. Revissez le bouchon pour fermer le flacon immédiatement après utilisation.

**Conserver le flacon tête en bas**, afin de faciliter la formation des gouttes lors de la prochaine utilisation de SICCAFLUID.

Après la première **ouverture du flacon**, vous ne devez pas l'utiliser plus de 28 jours ; merci de voir aussi chapitre 5, « Comment conserver SICCAFLUID ».

**Si vous avez utilisé plus de SICCAFLUID 2,5 mg/g, gel ophthalmique que vous n'auriez dû :**  
L'utilisation de plus de gouttes que vous n'auriez dû ne présentent aucun danger.

**Si vous oubliez de prendre SICCAFLUID 2,5 mg/g, gel ophthalmique :**

Si vous avez oublié de mettre une goutte de SICCAFLUID poursuivez votre traitement en vous mettant votre prochaine goutte comme prévu initialement.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez à votre médecin ou à votre pharmacien.

### 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES ÉVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, SICCAFLUID est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

**Contactez votre médecin si :**

- vos symptômes début du traitement
- Si vous ressentez juste après avoir apporté à votre médecin s'il
- gêne visuelle pas
  - picotements ou sensations de brûlures, légers et passagers.
- Les effets indésirables mentionnés ci-dessus sont
- 

SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophthalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

14.2218