

## 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.

#### Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## 4LE Déclaration de Maladie

1991 N° P19- 0037733

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1991 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 79965

Nom & Prénom : AMRI FATIHA

Date de naissance : 30-03-52

Adresse : habituelle

Tél. : 0661 31 45 67 Total des frais engagés : 990,60 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 : 7/5/21

Nom et prénom du malade : Fatiha Age : 65

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) : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 21/5/21



# 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
12/07/21		6 +K15	800,45	Dr. Loubna KHAYAR OPHTALMOLOGISTE 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca Tél: 05 22 95 12 89

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ANFAL 61 Bd Abderrahmane EL ANFAL Oasis - CASABLANCA Tél: 23 44 49 77 - 23 44 49 19	12/07/21	190,60

# 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	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			Coefficient DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H	G	B	Coefficient DES TRAVAUX
	25533412 00000000	21433552 00000000		
	00000000 35533411	00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 :

**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

الدار البيضاء، في : 12/07/2011

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN - 1988 Fatima

1) - Phosphor 1988 37.20

2) - Fucitidine gel 1988 2.00

3) - Doliprane 1988 1 Cp x 2.00

Phylaxum

1988

190.60

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

**PHARMACIE HERRADA**  
61, Bd Abderrahm Bouabid  
235 - CASABLANCA  
Tél: 05 22 95 12 89

# PhyLarm

Solution  
d'irriga

stérile et isotonique  
agent conservateur

REC. MEDICAL  
PAC  
09.09.1983

1 PRODUIT

→ 90,00

## IDENTIFICATION ET DÉNOMINATION

PHYLARM

Solution ophtalmique stérile pour l'irrigation de la surface oculaire.

## COMPOSITION

Chlorure de sodium.....0,090 g.

Borate de sodium.....0,002 g.

Acide borique.....0,027 g.

Eau purifiée q.s.p.....10 ml.

## FORME ET CONTENU EN VOLUME

Il s'agit d'une solution ophtalmique stérile pour l'irrigation directe de la surface oculaire et des paupières.

La voie d'administration est oculaire externe.

PHYLARM est présenté en récipient unidose de 10 ml et de 2 ml.

## MODE D'ACTION

PHYLARM est une solution ophtalmique stérile, isotonique et sans conservateur destinée au traitement symptomatique des irritations de la surface oculaire.



# فوسيتاميك® 1% ، هلام للعينين

## حمض فوسيدي

Titulaire de l' AMM au Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville

BP 10677 CASABLANCA-MAROC

Fucithalmic® 1% gel ophtalmique

Tube de 3 g

AMM N°184

DMP/21/NRQ

PPV : 37 DH 20



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.
- لقد تم وصف هذا الدواء لكم شخصيًا، لا تعطوه إلى أي شخص آخر، حتى في حال ظهور عوارض مطابقة لموارضكم لديه.
- إذا تفاقمت أحد الآثار الجانبية أو لاحظتم ظهور أثر سلبي غير وارد في هذه النشرة، فأطلبوا طبيبك 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 للعينين؟
6. معلومات إضافية.

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

إن هذا الدواء مُخصص للعينين ويأتي على شكل هلام للعينين. وهو يحتوي على مُضاد حيوي، الحمض الفوسيدي، الذي يعمل على قتل بعض الجراثيم المسؤولة عن الالتهابات.

يُوصف هذا الدواء لعلاج بعض أنواع التهابات العينين والجفنين بشكل موضعي: التهاب الملتحمة، التهاب القرنية (ذات الأصل البكتيري)، تقرحات القرنية، التهاب الجفن (ذات الأصل البكتيري) وشعيرة في العين (التهاب يُصيب إحدى القدد الموجودة داخل الجفن، وهو يظهر عموماً على شكل بثرة 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 مُكونات هذا الهلام الأخرى.

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

### انتبهوا عند استعمال فوسيتاميك® 1% ، هلام للعينين،

لا تبتلعوه.

لا تطبلوا مدة العلاج إلى ما بعد المدة المحددة على وصفة الطبيب،

في غياب أي تحسن، في حال ظهور عوارض غير مطابقة لاستخدام الدواء، فاستشيروا الطبيب فوراً.

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

في حال نسيت استعمال فوسيتاميك® 1% ، هلام للعينين،  
لا تضعوا جرعة مزدوجة للتعويض عن الجرعة التي نسيت وضعها.

في حال توقفتكم عن استعمال فوسيتاميك® 1% ، هلام للعينين،  
استشيروا طبيبك إذا كنتم تتكرونها في التوقف عن العلاج.

إذا كانت لديكم أسئلة أخرى حول استعمال هذا الدواء، فاستشيروا الطبيب أو الصيدلي طلباً للمعلومات.

### 4. ما هي الآثار الجانبية المحتملة؟

كغيره من الأدوية، 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 تفاقمت بعض الآثار الجانبية، فتقوموا فوراً بإبلاغ الطبيب أو الصيدلي.

### 5. كيفية حفظ فوسيتاميك® 1% ، هلام للعينين؟

يُحفظ 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.

77057-

**TOBRADEX®**

POMMADE OPHTALMIQUE

3,5G

Boîte de 1 tube

Laboratoires Sothema, Bouskoura

AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



PPV: 54,40 DHS



6 118001 070602

69020-4

**NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR****Dénomination du médicament :****TOBRADEX®****Pommade ophtalmique***Tobramycine/Déxaméthasone*

Tube de 3,5 g

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez d'autres questions, 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, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres. 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.

Que contient cette notice :

**Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement :**

L'utilisation de la pommade ophtalmique TobraDex est déconseillée pendant la grossesse.

Si vous êtes enceinte ou envisagez une grossesse, n'utilisez ce médicament que sur autorisation de votre médecin.

L'utilisation de la pommade ophtalmique TobraDex est déconseillée pendant l'allaitement. Vous devez donc soit cesser d'allaiter, soit arrêter le traitement.

**Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules ou à utiliser des machines :**

La vue pouvant être provisoirement troublée juste après l'application de la pommade ophtalmique, il est recommandé d'attendre que le symptôme disparaisse avant de conduire un véhicule ou d'utiliser une machine.

**3- COMMENT UTILISER TOBRADEX POMMADE OPHTALMIQUE ?****Posologie/Mode d'emploi****Adulte :**

La posologie du médicament doit être déterminée par le médecin individuellement pour chaque patient. Respectez dans tous les cas la dose fixée par votre médecin. Ni la dose journalière, ni la durée du traitement ne doivent être modifiées sans en parler à votre médecin. De plus, le traitement ne doit pas être interrompu sans instruction de la part de votre médecin. En cas de gonflement du

# 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 : 12.07.21 : الدار البيضاء، في :

**الدكتورة لبنى خيار بنجلون**

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأنشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

me - JASRI Fatih  
Facture !  
Extraction de 2 chalazions OD  
Paupière Supérieure et inférieure,  
prix : 800 DHS (Huit cent dix-huit)

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