

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

- 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.

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

M22- 0031028

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8737 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL BOURI MY ABDEL AZIZ
Date de naissance :
Adresse : 22 Bd 9 AVRIL APPT 15 PAINIER
CASABLANCA
Tél. : 06 61 44 77 45 Total des frais engagés : 1539,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/11/2022
Nom et prénom du malade : DAVID BOURHALEB Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Glauome
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Casablanca Le : 29/11/2022
Signature de l'adhérent(e) :

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
24/11/2022		01	G.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/11/22	339,60
INPE 092022045		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/11/22	09 franchise sans D.H.	500 DH 1000 DH

AUXILIAIRES

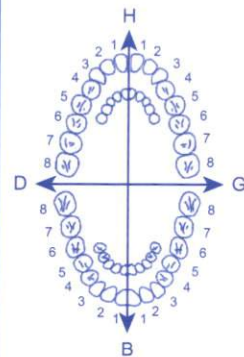
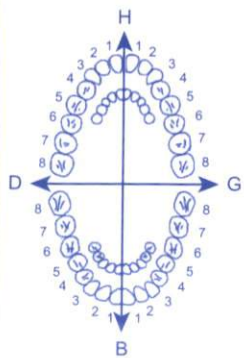
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	A M	M	Montant détaillé des Honoraires

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														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] 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. Lamyae BOURHALEB

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophtalmologie

de l'Université Pierre-Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بوعالب

طبيبة اختصاصية

في أمراض وجراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بيير ماري كوري بباريس

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le : 24/01/2022

Dr. Lamyae BOURHALEB

84, 90x4

Carteot 2% E n=4.

339,60 2% le mot



Pharmacie du Louvre
صيدلية لوفر
36, Boulevard du 4 Avril - Palmier
Casablanca - Tél : 0522 25 32 05
pharmaciedulouvre@gmail.com

Dr. Lamyae BOURHALEB
Ophtalmologiste
421, Bd Abdelmoumen 3ème Etage
N° 12 Casablanca - Tél: 0522 86 54 29

421, Bd Abdelmoumen, Résidence Ryad Abdelmoumen,

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail: bourhaleb_lamyae@menara.ma

421, شارع عبد المومن، إقامة رياض عبد المومن،

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12 - الهاتف : 05 22 86 54 29

مستعجلات : 06 21 44 56 75



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

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. 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. Que sont CARTEOL® L.P. 1% et CARTEOL® L.P. 2% et dans quels cas sont-ils utilisés?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser CARTEOL® L.P. 1% et CARTEOL® L.P. 2%?
3. Comment utiliser CARTEOL® L.P. 1% et CARTEOL® L.P. 2%?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels de CARTEOL® L.P. 1% et CARTEOL® L.P. 2%?
5. Comment conserver CARTEOL® L.P. 1% et CARTEOL® L.P. 2%?
6. Informations supplémentaires.

1. QUE SONT CARTEOL® L.P. 1% et CARTEOL® L.P. 2%, ET DANS QUELS CAS SONT-ILS UTILISÉS?

CARTEOL® L.P. appartient à la classe des médicaments appelés bêta-bloquants. Il est utilisé pour le traitement local des maladies suivantes de l'œil :

- certaines formes de glaucome (glaucome chronique à angle ouvert),
- augmentation de la pression dans l'œil (ou les yeux) (hypertension intra-oculaire).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER CARTEOL® L.P. 1% et CARTEOL® L.P. 2%?

Vous ne devriez pas utiliser CARTEOL® L.P. 1% et CARTEOL® L.P. 2% si :

- vous êtes allergique (hypersensible) au chlorhydrate de cartéolol ou à l'un des composants du CARTEOL® L.P.

- Si vous souffrez ou avez souffert dans le passé de problèmes respiratoires tels que l'asthme, bronchite obstructive chronique (maladie grave des poumons qui peut causer une respiration bruyante, des difficultés à respirer et/ou une toux persistante).
- Si vous avez un cœur lent, une insuffisance cardiaque ou des troubles du rythme cardiaque (battements cardiaques irréguliers)
- Si vous souffrez de bradycardie (rythme cardiaque plus lent que la normale, c'est à dire < 45-50 battements par minute)
- Si vous souffrez d'un phéochromocytome non traité (production excessive d'hormones induisant une hypertension artérielle sévère).

Avertissement et précautions :

- Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser CARTEOL® L.P. 1% ou 2%, notamment si vous souffrez ou avez souffert :
- d'une maladie coronarienne (symptômes incluant des douleurs ou oppressions thoraciques, étourdissement ou suffocation), d'une insuffisance cardiaque ou d'une hypotension.

Si vous prenez d'autres médicaments à administrer dans l'œil, vous devez :

- administrer l'autre médicament ophtalmique, attendre 15 minutes,
 - administrer CARTEOL® L.P. 1% ou 2% en dernier.
- Si votre médecin vous a prescrit CARTEOL® L.P. 1% ou 2% en remplacement d'un autre médicament, ce dernier doit être arrêté à la fin d'une journée complète de traitement. Vous devez démarrer le traitement avec CARTEOL® L.P. 1% ou 2% le lendemain, au dosage auquel il vous a été prescrit par votre médecin.
- Si vous avez l'impression que CARTEOL® L.P. 1% et CARTEOL® L.P. 2% ont un effet trop fort ou trop faible, parlez-en à votre médecin ou pharmacien.**
- Ne pas injecter, ne pas insérer.

Durée du traitement

Suivez les instructions de votre médecin. Il/elle vous dira combien de temps vous devez utiliser CARTEOL® L.P. 1% ou 2%. N'interrompez pas votre traitement plus tôt.

Si vous avez utilisé CARTEOL® L.P. 1% et CARTEOL® L.P. 2% plus de fois que vous n'auriez dû :

Si vous avez mis trop de gouttes dans l'œil/les yeux, rincez les yeux avec de l'eau claire.

Si vous avez avalé accidentellement le contenu du flacon, il se peut que vous ressentiez certains effets, tels qu'une sensation d'étourdissement, difficulté à respirer ou que vous sentiez que votre poids a ralenti.

Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre CARTEOL® L.P. 1% et CARTEOL® L.P. 2% :

Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

Si vous arrêtez d'utiliser CARTEOL® L.P. 1% ou 2% :

Si vous interrompez votre traitement, la pression dans les yeux peut augmenter et entraîner une détérioration de votre vision.

N'interrompez jamais votre traitement sans avoir auparavant consulté votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament

d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tous les patients. Vous pouvez généralement continuer à utiliser les gouttes, sauf : graves. Si vous avez un effet indésirable grave, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous avez utilisé CARTEOL® L.P. 1% ou 2% sans en parler à votre médecin, il/elle pourra vous recommander d'arrêter d'utiliser le médicament (ou tout autre médicament) et d'attendre dans l'œil (médicament appliqué) les effets indésirables des bêta-bloquants à libération prolongée. Les effets des effets secondaires des bêta-bloquants à libération prolongée sont plus faibles que lorsque les médicaments sont administrés par voie orale ou injectés. Les effets secondaires listés comprennent les réactions au sein de la classe des bêta-bloquants par voie ophtalmique.

La survenue des effets indésirables suivants est fréquente affecter jusqu'à 1 patient sur 10)

- Signes et symptômes d'irritation oculaire (par exemple brûlure, picotements, démangeaisons, larmoiement, rougeur), rougeur conjonctive, conjonctivite, irritation ou sensation de corps étranger (kératite).
- Troubles du goût.

La survenue des effets indésirables suivants est peu fréquente (peut affecter jusqu'à 1 patient sur 100)

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270040

LOT/عيار
FAB/الإنتاج
EXPI/التاريخ
05-2022
04-2024

H8475
05-2022
04-2024

PPV : 84,90 DHS

Dr. Lamyae BOURHALEB

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophtalmologie
de l'Université Pierre-Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بوغالاب

طبيبة أخصائية

في أمراض و جراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بيير ماري كوري بباريس

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le : 24/11/2022

Dr. DAVIDI Fouque

Attestation
de CV + thyroïde
Glucose
OG papillon

CLINIQUE AL MADINA
FACILITATION
532 Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tel : 05 22 86 54 29
Fax : 05 22 86 54 29 (L.G.)

Dr. Lamyae BOURHALEB
Ophtalmologiste
421, Bd Abdelmoumen 3ème Etage
N° 12 Casablanca - Tel: 0522 86 54 29

421, Bd Abdelmoumen, Résidence Ryad Abdelmoumen,

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail: bourhaleb_lamyae@menara.ma

421, شارع عبد المومن، إقامة رياض عبد المومن،

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12 - الهاتف : 05 22 86 54 29

مستعجلات : 06 21 44 56 75

Dr.Lamyae BOURHALEB

Ophthalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux



Diplômée en Neuro-Ophtalmologie

de l'Université Pierre-Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd

الدكتورة لمياء بوعالب

طبيبة أخصائية

في أمراض و جراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بيير ماري كوري بباريس

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le :

22/07/2022
Dr. Lamyae BOURHALEB
Ophthalmologiste
N° 12 Casablanca - Tél: 0522 86 54 29
421, Bd Abdelmoumen 3ème Etage

Note d'honoraires

700 000

Dr. Lamyae BOURHALEB
Ophthalmologiste
N° 12 Casablanca - Tél: 0522 86 54 29
421, Bd Abdelmoumen 3ème Etage



F A C T U R E

N° : 12184 / 2022 du 25/11/2022

Nom patient **DAOUDI FOUZIA**
PAYANT

Entrée 24/11/2022
Sortie

OCT

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	1,00	URG	500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Clinique				500,00

DR. BOURHALEB LAMIAE (ophtalmologue)	1,00		700,00	700,00
			Sous-Total	700,00
Total Autres prestations				700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 200,00
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax: 05 22 25 00 02

Casablanca le, 24/11/2022

COMPTE RENDU: *œil popile*

Nom du patient : *DAoudi Gouzia*

Motif de l'examen :

Médecin correspondant :

Ep de la cornée à 515 μ .

Œil droit : *Ep Ray RNP = 91 μ*

- $\downarrow$ des fibres en sup à 80 μ

- C/DV $\approx 0,66$.

- CP de 8 Gg = 87 μ

- $\downarrow$ des 4 Gg de le $\uparrow$ sup

- OCTA = $\downarrow$ des la vasculature

Œil gauche:

- pachymetrie à 512 μ

- Ep ray 2 Gg = 114 μ C/DV = 0,65

- Ep ray des fibres CRNP = 114 μ .

- FCB 3.45

- OCTA = NG.

C.A.T :

spect de force

$\downarrow$ - glaucome sub

$\rightarrow$ th Defic

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax 05 22 25 00 01

Dr. Lamyac BOUTHALEB
Ophtalmologiste
N° 12 Casablanca
Tél: 0522 86 54 29