

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-782532

151705

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2503 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NABIL RACHIDA

Date de naissance : 01.07.54

Adresse : ATTADAMOUNE RUE 4 N°9 CASA OULFA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. ZID Mohamed
CLINIQUE NOUVE D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés OASIS - Casablanca
PR : EI
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : NABIL RACHIDA Age :

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

Nature de la maladie : cataract

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) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
<p>Cachet du Pharmacien</p> <p>Cachet du Fournisseur</p>	<p>Date</p> <p>29/12/22</p>	<p>Montant de la Facture</p> <p>491,70</p>

[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> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : _____

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed ZIDI

Ophtalmologiste
Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux
CHIRURGIE VITRÉO-RETINIENNE

Diplômé des Universités de Médecine de Paris
Ancien Interne du CHNO des Quinze-Vingts
Ancien Assistant Spécialiste des Hôpitaux de Paris
Membre de la Société Européenne de Rétine
OCT - Angiographie (Fluo / ICG) - Laser - Echographie



CNOC

29 décembre 2022 تصوير الشبكية - الليزر - الفحص بالص

الدكتور محمد الزيدي

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة الشبكية

خريج جامعات الطب بباريس
جراح سابق بمستشفيات باريس
عضو الجمعية الأوروبية للشبكية

Mme NABIL Rachida

A instiller dans l'œil opéré: droit

- Cloprame sirop : Une cuillère à soupe 30 min avant la prise des médicaments et avant les repas

- Sepcen 500 mg comprimé : Un comprimé la veille de l'intervention le soir avec une gorgée d'eau

puis 1 comprimé 2 fois par jour pendant 5 jours

- Tobradex collyre : Une goutte 4 fois par jour pendant 1 mois

- Ciloxan , collyre : Une goutte 4 fois par jour pendant 15 jours

- Mydriaticum , collyre : à instiller le jour de l'intervention à partir de 6h : Une goutte

Eole dual , collyre : Une goutte 4 fois par jour pendant 1 mois

- Maxidrol pommade: Une application le soir pendant 5 jours

- PHYLARM (sérum physiologique unidose) : Un lavage avant chaque instillation

+ Compresses stériles

+ Rondelles oculaires stériles

> Attention! Ne pas manger ni boire ni fumer pendant le jour de l'intervention
> Prendre un bain la veille de l'intervention

RENDEZ VOUS de l'intervention le 04 / 01 / 2022 à 7 heure à clinique NOUR D'Ophtamologie de Casablanca

En cas d'urgence (douleur, baisse de la vue ou rougeur), veuillez contacter :

> 7H-19H: 0522234989

> 19H-7H : 0616160864 ou 0623247489

DR. ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés - Oasis - Casablanca
PR : AL
Tel.: 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

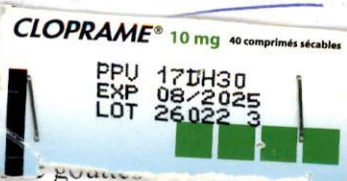
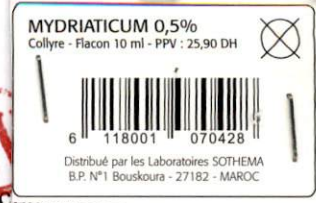
PHARMACIE DAY DIA
Safaa KHALIL
Docteur en Pharmacie
65, N°1 Rue 13 El Wifak I
Oulfa - Casa - Tél.: 022.90.14.24



PPC: 135,00

E 01 22

07/2025



LOT: 05822030-
PER: 10/2025
PPV: 74.80 DH



Traitaire d'AMM au Maroc
صاحب رخصة التسويق بالمغرب

Laboratoires SOTHEMA, B.P. N°1, 27182,
Bouskoura-Morocco
Sous licence des Laboratoires : Novartis
Pharma Scher



6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH



406836 MA

NE PAS AVALER

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance

لا يتلع
يجب احترام الجرعات الموصوفة
جدول أ (قائمة I) - حصرياً فقط بوصف
وصفة طبية

Soyez prudent
Ne pas conduire sans avoir lu la notice



NIVEAU 1

كن حذر وانتق السيارة دون قراءة النشرة

3

TOBRADEx®

COLLYRE

EN SUSPENSION

Tobramycine

Dexaméthasone

0,3/0,1%

توبرادكس[®]

قطرات العين على شكل

مستعلق

توبراميسين / ديكساميثازون

%0.1/0.3

Flacon de 5 ml

قارورة من قطة 5 مل

NOVARTIS

COMPOSITION :
Dexaméthasone 0,10 g
Tobramycine 0,30 g
Pour 100 ml de collyre

Excipient à effet notoire :

Chlorure de benzalkonium.

Autres excipients :

Eddatate de sodium, Chlorure de sodium, Sulfate de sodium anhydre, Tyloxapol, Hydroxyethylcellulose, Acide sulfurique, et/ou Hydroxyde de sodium, Eau purifiée.

Voie Ophtalmique.

Lire la notice pour plus d'informations.

TEINERHORS DE LA VUE ET DE LA PORTES DES ENFANTS.

Ne pas utiliser ce médicament au-delà de 4 semaines après la première ouverture

du flacon.

A conserver à une température entre 15°C et 25°C.

Ne pas congeler.

التركيبية:

ديكساميثازون 0,10 غ

توبراميسين 0,30 غ

لكل 100 مل من المستعلق

سواء في قارورة مغروطة

كلوريد الصوديوم الكونديت

سلفات الصوديوم

إيثبات الصوديوم، كلوريد الصوديوم،

شلات الصوديوم اللائقية، تيلوكسبول،

هيدروكسي إيثيل سلفون، حمض السلفوريك

و/أو هيدروكسيد الصوديوم، ماء مقطر.

عن طريق العين.

يجب قراءة النشرة للمزيد من المعلومات.

يحفظ الدواء بعيداً عن حرارة ومحتوى الأطفال.

لا تستخدم الدواء بعد مده 4 أسابيع بعد

الفتح الأول للعلبة.

يحفظ في درجة حرارة تتراوح بين 15 و 25

درجة مئوية.

لا يجمد.

Titulaire d'AMM au Maroc
 صاحب رخصة التسويق بالمغرب
 Laboratoires SOTHEMA, B.P. N°1, 27182,
 Bouskoura-Maroc
 Sous licence des Laboratoires : Novartis
 Pharma Schweiz AG -Suisse.

COMPOSITION :
 Dexaméthasone 0,10 g
 Tobramycine 0,30 g

Pour 100 ml de collyre
Excipient à effet notoire :
 Chlorure de benzalkonium.

Autres excipients :
 Edétate de sodium, Chlorure de sodium,
 Sulfate de sodium anhydre, Tyloxapol,
 Hydroxyéthylcellulose, Acide sulfurique
 et/ou Hydroxyde de sodium, Eau purifiée.
 Voie Ophtalmique.

Lire la notice pour plus d'informations.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA
PORTÉE DES ENFANTS.

Ne pas utiliser ce médicament au-delà de
 4 semaines après la première ouverture
 du flacon.

A conserver à une température entre 15°C
 et 25°C.

Ne pas congeler.

التركيبية:
 ديكساميثازون..... 0.10 غ
 توبراميسين..... 0.30 غ

توبراميسين:
 لكل 100 مل من المستحضر
 سواغ ذو تأثير معروف:

كلوريد البنزالكونيوم.
 سوالات أخرى:

إيديئات الصوديوم، كلوريد الصوديوم،
 سلفات الصوديوم اللامائية، تايوكسابل،
 هيدروكسي إيثيل سلفون، حمض الشلغموريك
 و/أو هيدروكسيد الصوديوم، ماء منقى.

عن طريق العين.

يجب قراءة النشرة للمزيد من المعلومات.
 يحفظ الدواء بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال.

لا تستعمل الدواء بعد مرور 4 أسابيع بعد
 الفتح الأول للعبوة.

يحفظ في درجة حرارة تتراوح بين 15 و 5
 درجة مئوية.

Fabricant : المصنع
 Alcon-Couvreur N. V.
 Rijksweg 14, B2870- Puurs, Belgique
 Alcon Cusi, S.A.

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (Liste I) - Uniquement
sur ordonnance

لا يبلغ
 يجب احترام الجرعات الموصوفة
 جدول أ (قائمة I) - يصرف فقط بموجب
 وصفة طبية

Soyez prudent
 Ne pas conduire
 sans avoir lu la
 notice



كن حذراً لا تقود السيارة بدون قراءة النشرة



6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura
 Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
 AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
 Boîte de 1 flacon.
 PPV : 35,70 DH



406836 MA

NOVARTIS

Voie ophtalmique

EN INSTILLATION OCULAIRE

COMPOSITION :

1 ml de collyre contient 3,5 mg
Chlorhydrate de Ciprofloxacine
(3 mg de ciprofloxacine-base)

Excipient à effet notoire :

Chlorure de benzalkonium.

Lire attentivement la notice avant
emploi.

A conserver à une température
ambiante (15°-25°C), à l'abri de la
lumière et de la chaleur

**TENIR HORS DE LA PORTEE
ET DE LA VUE DES ENFANTS.**

Ne pas mettre au réfrigérateur.
Ne pas congeler.

Ne pas utiliser au delà de 30 jours
après la première ouverture du flacon.

عن طريق العين. للتقطير في العين.

التحذير

يحتوي 1 مل من سيلوكسان قطرات
العين على: سيبروفلوكساسين

ميدروكلوريد (المادة الفعالة) 3,5 مل
(3 ملغ من سيبروفلوكساسين فاعل

سواء ذات تأثير معروف

كلوريد البنزالكونيوم

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الـ

يحفظ في درجة حرارة معتدلة 15

درجة مئوية بعيداً عن الضوء و

يحفظ الدواء بعيداً عن مرآة ومشاوي

لا يوضع في اللوحة ولا يجمد

لا يستخدم بعد مرور 30 يوم

الذي تمت فيه بلعق القنينة لأي

NE PAS AVALER

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

لا يبلع.

يجب احترام الجرعات الموصوفة

Tableau A (Liste I) - UNIQUEMENT
SUR ORDONNANCE

جدول أ (لائحة أ): يصرف فقط
بموجب وصفة طبية

Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice



كن حذراً لا تقد السيارة دون قراءة
النشرة

Titulaire d'AMM au Maroc:

صاحب رخصة التسويق بالمغرب

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1 - 27182

Bouskoura-Maroc

Fabricant : المصنع

Alcon-Couvreur N. V.

Rijksweg 14, B2870-Puurs, Belgique

Alcon Cusi, S.A

Camil Fabra 58, 08320 El Masnou,

Espagne

CILOXAN® 0,3%
سيلوكسان 0,3 %

COLLYRE
قطرات العين

Ciprofloxacine
سيبروفلوكساسين

5 ml مل 5

 **NOVARTIS**



CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml

A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ

Laboratoires Sothema

PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO

406434

على اليد
ل مرة.
الأطفال
حرارة
25-
سواء

MAXIDROL[®], pommade ophtalmique

Dexaméthasone
Sulfate de néomycine
Sulfate de



Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS

406805

utiliser

Veillez lire attentivement l'intégralité de ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la consulter.
- 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 MAXIDROL, pommade ophtalmique ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MAXIDROL, pommade ophtalmique ?
3. COMMENT UTILISER MAXIDROL, pommade ophtalmique ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER MAXIDROL, pommade ophtalmique ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

1. QU'EST-CE QUE MAXIDROL, pommade ophtalmique ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?