

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° P19-0048886

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2597 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : NAJAH ABDELAZIZ
 Date de naissance : 01-01-1952
 Adresse : COOPERATIVE NAKHIL N°27 SYBA - MARRAKECH
 Tél. : 0651348320 Total des frais engagés : 595,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KBAILI AKATRINA
OPHTALMOLOGUE
May CHARAF, Imm Fath, 3ème étage
Appt 5, 564 Avenue Allal Ben Abdellah - Marrakech
Tél : 05 24 31 21 81

Date de consultation : 13/11/2023
 Nom et prénom du malade : SELOUANI KHADIJA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Amétropie
 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 : MARRAKECH


Le : 20/11/2023

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
13/11/23	CIS	1A	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/11/23	295,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

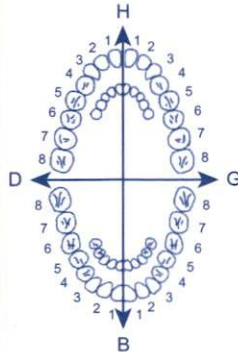
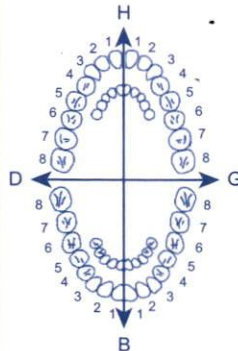
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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															
				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"> <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			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Ophtalmologie adultes et enfants
- Chirurgie de la cataracte - Glaucome
- Oeil et diabète - voies lacrymales
- Echographie oculaire - Lasers
- Permis de conduire

- طب العيون للصغار و الكبار
- جراحة الجلالة - المياه الزرقاء (ضغط العين)
- العين و داء السكري - المسالك الدمعية
- التصوير بالموجات فوق الصوتية - الليزر
- رخصة السياقة

LE 13/11/2023

FACTURE

NOM : SELOUANI KHADIJA

CONSULTATION OPHTALMOLOGIQUE

300.00 DH

TROIS CENTS DIRHAMS

Dr. KBAILI AKATRINA
OPHTALMOLOGUE
Hay CHARAF, Imm Fath, 3ème étage, Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi
Marrakech
05 24 31 21 81



- Ophtalmologie adultes et enfants
- Chirurgie de la cataracte – Glaucome
- Oeil et diabète – voies lacrymales
- Echographie oculaire – Lasers
- Permis de conduire

- طب العيون للصغار و الكبار
- جراحة الجلالة – المياه الزرقاء (ضغط العين)
- العين و داء السكري – المسالك الدمعية
- التصوير بالموجات فوق الصوتية – الليزر
- رخصة السياقة

13 novembre 2023

Mme SELOUANI Khadija

90,70 x 2 = 181,40



OPATANOL: collyre cl

28,60 1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

CHIBROCADRON



85,00 1 goutte 3 fois par jour, pendant 8 jours

IA collyre

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

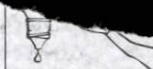
T. 295,00

Dr. KBAILI AKATRINA
OPHTALMOLOGUE
Hay CHARAF, Imm Fath, 3ème étg, Appt 6, 564 Avenue Allal EL Fassi - Marrakech.
☎ 05 24 31 21 81





1



2

Mode d'administration :**Laboratoires Sothema Bouskoura****Opatanol® 1mg/ml collyre en solution****Flacon de 5 ml****AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ****PPV : 90,70 DHS**

en miroir.

on en le

pague de
nt utilisation

pouce et

407253 MA

Prenez le flacon d'OPATANOL en main droite. Avec un doigt propre, tirez doucement votre paupière vers le bas pour créer un sillon entre la paupière et l'oeil. La goutte sera déposée à cet endroit (figure 1).

- Rapprochez l'embout du flacon de votre oeil. Si besoin, utilisez un miroir.
- Ne touchez pas votre oeil ou votre paupière, les surfaces voisines ou d'autres surfaces avec le compte-gouttes. Cela peut infecter le collyre restant dans le flacon.
- Appuyez légèrement sur la base du flacon pour libérer une goutte de OPATANOL à la fois.
- Ne comprimez pas le flacon, il est conçu pour que seule une légère pression sur la base soit nécessaire (figure 2).
- Si vous devez traiter les deux yeux, recommencez ces étapes pour l'autre oeil.
- Bien refermer le flacon immédiatement après usage.

Si une goutte tombe à côté de votre oeil, recommencez.

Si vous avez utilisé plus de OPATANOL que vous n'auriez dû

Rincez l'excédent avec de l'eau tiède. Ne mettez pas d'autres gouttes jusqu'à ce que le moment soit venu de mettre la goutte suivante.

Si vous oubliez d'utiliser OPATANOL

Mettez une goutte unique dès que possible et ensuite reprenez le rythme normal du traitement.

Cependant, s'il est presque l'heure de prendre la dose suivante, ignorez la dose oubliée et reprenez votre posologie normale. Ne mettez pas une double dose pour compenser la dose manquante.

Si vous arrêtez d'utiliser OPATANOL

N'interrompez pas l'utilisation de ce médicament sans en avoir parlé au préalable à votre médecin. Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

QUELS SONT LES EFFETS DESIRABLES EVENTUELS ?

Le médicament est
bien toléré.

Fréquence indéterminée : fréquence ne peut être estimée sur la base des données

Mode d'administration :

- Prenez le flacon de OPATANOL et un miroir.
- Lavez-vous les mains



- Rapprochez l'embout du flacon de votre oeil. Si besoin, utilisez un miroir.
- Ne touchez pas votre oeil ou votre paupière, les surfaces voisines ou d'autres surfaces avec le compte-gouttes. Cela peut infecter le collyre restant dans le flacon.
- Appuyez légèrement sur la base du flacon pour libérer une goutte de OPATANOL à la fois.
- Ne comprimez pas le flacon, il est conçu pour que seule une légère pression sur la base soit nécessaire (figure 2).
- Si vous devez traiter les deux yeux, recommencez ces étapes pour l'autre oeil.
- Bien refermer le flacon immédiatement après usage.

Si une goutte tombe à côté de votre oeil, recommencez.

Si vous avez utilisé plus de OPATANOL que vous n'auriez dû

Rincez l'excédent avec de l'eau tiède. Ne mettez pas d'autres gouttes jusqu'à ce que le moment soit venu de mettre la goutte suivante.

Si vous oubliez d'utiliser OPATANOL

Mettez une goutte unique dès que possible et ensuite reprenez le rythme normal du traitement.

Cependant, s'il est presque l'heure de prendre la dose suivante, ignorez la dose oubliée et reprenez votre posologie normale.

Ne mettez pas une double dose pour compenser la dose manquante.

Si vous arrêtez d'utiliser OPATANOL

N'interrompez pas l'utilisation de ce médicament sans en avoir parlé au préalable à votre médecin. 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, ce médicament est susceptible d'entraîner des effets indésirables, bien que tous n'y soient pas sujets.

Les effets indésirables suivants ont été observés avec OPATANOL

Effets indésirables fréquents : (peuvent affecter jusqu'à 1 personne sur 10)

Effets oculaires : Douleur de l'oeil, irritation de l'oeil, sensation anormale dans l'oeil, gêne

Fréquence indéterminée : fréquence ne peut être estimée sur la base des données disponibles

Effets oculaires : Oeil gonflé, cornée gonflée, modification de la taille de la pupille

Effets indésirables généraux : Souffle court, augmentation des symptômes allergiques, oedème de la face, somnolence, fatigue généralisée, nausée, vomissement, infection des sinus, rougeur et démangeaison de la peau

Dans de très rares cas, certains patients présentant des lésions sévères de la couche claire située à l'avant de l'oeil (la cornée) ont développé des tâches blanches sur la cornée en raison d'une accumulation de matériel.



ia

interapotheek

GOUTTES OPHTALMIQUES INTERAPOTHEK

OPHTHALMIC DROPS

GOTAS OFTÁLMICAS



8 435080 009124

N-2637
2025-06

25835

Texto revisado el 25.1.2010

GOTAS OFTÁLMICAS

Confort ocular inmediato.
Gotas humectantes con
ácido hialurónico.

OPHTHALMIC DROPS

Immediate eye comfort.
Moisturising drops with
hyaluronic acid.

GOTAS OFTÁLMICAS

Conforto ocular imediato.
Gotas humidificantes
com ácido hialurónico.

GOUTTES OPHTALMIQUES

Confort oculaire immédiat.
Gouttes hydratantes à
l'acide hyaluronique.

CE 0318



STERILE A

6 ml e

PFC : 85.00 : 3dd

COMPOSICIÓN:

HIALURONATO SÓDICO,
HIDROXIETILCELULOSA,
CLORURO SÓDICO, ÁCIDO
BÓRICO, TETRABORATO
SÓDICO, EDETATO DISÓDICO
0,02% Y POLIHEXANIDA
0,0001% EN AGUA PURIFICADA.

COMPOSITION:

HYALURONATE DE SODIUM,
HYDROXYETHYLCELLULOSE,
CHLORURE DE SODIUM, ACIDE
BORIQUE, TETRABORATE DE
SODIUM, EDETATE DISODIQUE
0,02% ET POLYHEXANIDE 0,0001%
DANS DE L'EAU PURIFIÉE.



Importé et distribué au Maroc par:
Laboratoire pharmaceutique IBERMA
Zone Industrielle, Lot 149, Had Soualem.
Certificat d'Enregistrement N° 12166/2018/DMP du 09.04.2019



Drosp
Avda. Valdeleparra, 31-A
28108 Madrid, España

Distribuido por: INTERAPOTHEK, S.A.
Ctra. Santomera-Abanilla, 158.
Matanzas (Santomera), Murcia

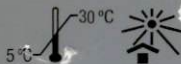
Distribuido em Portugal por:
MERCAPHAR Distribuições Farmacêuticas,
S.A. Rua Pedro José Ferreira, 200-210
S. Cosme 4424-909 Gondomar
interapotheek.es

**COMPOSITION:**

SODIUM HYALURONATE,
HYDROXYETHYLCELLULOSE,
SODIUM CHLORIDE, BORIC
ACID, SODIUM TETRABORATE,
DISODIUM EDETATE 0.02% AND
POLYHEXANIDE 0.0001% IN
PURIFIED WATER.

COMPOSIÇÃO:

HIALURONATO DE SÓDIO,
HIDROXIETILCELULULOSE,
CLORETO DE SÓDIO, ÁCIDO
BÓRICO, TETRABORATO DE
SÓDIO, EDETATO DISSÓDICO
A 0,02% E POLI-HEXANIDA
A 0,0001% EM ÁGUA
PURIFICADA.



8

FR

Chibro-Cadron, collyre en flacon

thasone / Néomycine



CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - ppv : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTI-HEMA
S.P. N°1, 27182
Bordj - ALGERIE



6118001071425

ntivement cette notice avant
dicament car elle contient des
portantes pour vous.

notice. Vous pourriez avoir
elire.

d'autres questions, interrogez
n ou votre pharmacien.

ent vous a été personnellement

donnez pas à d'autres

pourrait leur être nocif, même si
leur maladie sont identiques aux

- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que CHIBRO CADRON, collyre en flacon, et dans quel cas est-il utilisé ?

Si vous avez utilisé plus de CHIBRO CADRON, collyre en flacon que vous n'auriez dû

Des instillations répétées de façon prolongée du collyre peuvent entraîner un passage systémique non négligeable des principes actifs, une hypertension oculaire, une opacification du cristallin, une kératite superficielle, et un retard de cicatrisation. Si vous pensez avoir pris plus de CHIBRO CADRON, collyre en flacon, qu'il ne fallait et que vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez contacter votre médecin.

Si vous oubliez d'utiliser CHIBRO CADRON, collyre en flacon

Si vous oubliez de mettre une dose, mettez-la dès que possible, sauf s'il est presque l'heure de la dose suivante. Dans ce cas, reprenez votre traitement comme prescrit par votre médecin.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne

Tél : 0524404738

13/11/2023

Mme SELOUANI KHADEJA

FACTURE N° : 19414

du 13/11/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	OPATANOL COLLYRE	90,70	181,40	7%
1	CHIBRO CADRON COLLYRE	28,60	28,60	7%
1	IA' COLLYRE 6ML	85,00	85,00	0%
Total TTC			295,00	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
DEUX CENT QUATRE-VINGT QUINZE DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	196,26	13,74	210,00
0%Ar91	0,00	85,00	0,00	85,00
		281,26	13,74	295,00

