

# 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

- 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° W21-825602

188477

Maladie  Dentaire  Optique  A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11361 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ZOUBIR ZINEB

Date de naissance : 09 06 75

Adresse : 31 Rue 147 groupe M Cite Oulfa

Casa

Tél. : 0661114757 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : S. Taly AGUEIL NADIR Age: 18

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 22/12/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب  
Le : 14/12/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

|                          |           |               |             |
|--------------------------|-----------|---------------|-------------|
| N° d'immatriculation     | 102974146 | رقم التسجيل   | SITARY SAID |
| Règlements de la période |           | أداءات الفترة |             |
| du : 13/12/2023          | من        |               |             |
| au : 13/12/2023          | إلى       |               |             |

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| رقم الملف                      | تاريخ العلاج  | العمليات | مهنيو الصحة           | مبلغ المصاريف         | التعريفية المرجعية | المعامل | الكمية   | أساس التعويض          | نسبة التعويض            | تاريخ إرسال الأداء       | مبلغ التعويض      |
|--------------------------------|---------------|----------|-----------------------|-----------------------|--------------------|---------|----------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------|
| Numéro de dossier              | Date de soins | Actes    | Prestataires de soins | Montant de la dépense | Tarif de référence | Coeff.  | Quantité | Base de remboursement | Taux de remboursement % | Date d'envoi du paiement | Montant remboursé |
| SITARY AHMED NADIR             |               |          |                       |                       |                    |         |          |                       |                         |                          |                   |
| 131333427                      | 11/11/2023    | MON      | OPTICIEN              | 500,00                | 225,00             | 1,00    | 1,00     | 225,00                | 70,00                   | 13/12/2023               | 157,50            |
| 131333427                      | 11/11/2023    | PNR      | OPHTALMOLOGIE         | 85,10                 | 0,00               | 1,00    | 1,00     | 0,00                  | 70,00                   | 13/12/2023               | 0,00              |
| 131333427                      | 11/11/2023    | VER      | OPTICIEN              | 1300,00               | 225,00             | 1,00    | 1,00     | 225,00                | 70,00                   | 13/12/2023               | 157,50            |
| 131333427                      | 11/11/2023    | CS       | OPHTALMOLOGIE         | 250,00                | 150,00             | 1,00    | 1,00     | 150,00                | 70,00                   | 13/12/2023               | 105,00            |
| <b>Total remboursé</b>         |               |          |                       | مجموع مبلغ التعويض    |                    |         |          |                       |                         |                          | <b>420,00</b>     |
| <b>Total général remboursé</b> |               |          |                       | مبلغ التعويض الاجمالي |                    |         |          |                       |                         |                          | <b>420,00</b>     |

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



0661162218  
ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض  
Feuille de Soins Maladie

مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie  
Obligatoire

REG. ANAM. 1.2.01.01

موافقة مسبقة \*  
Entente préalable \*

تنفيذ \*  
Exécution \* X

مرجع رقم 610-1-02 Réf.

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : SITARY SAÏD : الاسم العائلي والشخصي  
N° Immatriculation : 11102191714114161 : رقم التسجيل  
N° CIN : 181E1514161713141 : رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)  
Conjoint  زوج Enfant  ابن  
Adresse : 31 RUE 147 GR A ALFA CASABLANCA : العنوان  
Montant des frais : 2135,10 #Dhs : مبلغ المصاريف  
Nombre de pièces jointes : 03 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant : تصريح الطبيب المعالج  
Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : Sitary Ahmad Madir : الاسم العائلي والشخصي  
Date de naissance : : تاريخ الازدياد  
N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Sexe \* : M  ذكر F  أنثى  
INPE et code à barres \*\* : الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر \*\*

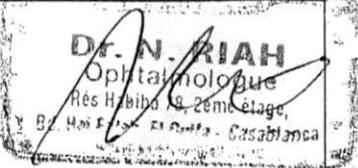
Médecin traitant : طبيب المعالج  
INPE: 091174706  
ICE: 001638886000023  
Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية

Type de soins \* : نوع العلاجات  
Hospitalisation  استشفاء Maternité  أمومة Accident  حادثة Maladie  مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
Fait à : :  
Le : 21/11/2013 : في :  
Signature de l'assuré(e) : توقيع المؤمن له  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. : أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Fait à : Casablanca : :  
Le : 21/11/2013 : في :  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

- \* Cocher la mention utile pour chaque case  
- \*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE ( Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

080 203 3333 - الهاتف: 080 203 3333  
CNS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone: 080 203 3333

| Description des actes effectués        |                                |  |                                   | وصف العمليات المجراة   |  |  |  |
|--|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|--|--|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes       | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé+<br>cotation NGAP | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع الطبيب المعالج<br>Signature et cachet du Médecin<br>traitant           |  |  |  |
| 11 Mars 2023                           |                                | C.S  | 250DH                             |  |  |  |  |
| INPE et code à Barres                  |                                |  |                                   |  |  |  |  |
| INPE: 091174706<br>ICE: 00163886000023 |                                |  |                                   |  |  |  |  |
| INPE et code à Barres                  |                                |  |                                   |  |  |  |  |

CIM-10

| Actes Paramédicaux               |                                |  |                                 |                                      | عمليات المساعدين الطبيين  |  |
|----------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé+<br>cotation NGAP | عدد العمليات<br>Nbre<br>d'actes | المبلغ المفوتر<br>Montant<br>facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |  |
|                                  |                                |  |                                 |                                      |   |  |
| INPE et code à Barres            |                                |  |                                 |                                      |   |  |
|                                  |                                |  |                                 |                                      |   |  |
| INPE et code à Barres            |                                |  |                                 |                                      |   |  |

| Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie |                                |  |                                      | لاشعة والصور  |  |
|---|--------------------------------|--|--------------------------------------|---|--|
| تاريخ العمليات<br>Date des actes          | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé+<br>cotation<br>NGAP / NABM | المبلغ المفوتر<br>Montant<br>facturé | الاشعة أو الإحصائي<br>Signature et Cachet<br>Biolog |  |
|   |                                |  |                                      |   |  |
| INPE et code à Barres                     |                                |  |                                      |   |  |
|   |                                |  |                                      |   |  |
| INPE et code à Barres                     |                                |  |                                      |   |  |

| Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis |                               |  | م تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة |  |
|---|-------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution                                     | التمن المفوتر<br>Prix facturé | توقيع و Cachet<br>Signature et Cachet<br>Fournisseur des                             |                                      |  |
| 11/11/2023  | 85,10                         |  |                                      |  |
| INPE et code à Barres   |                               |  |                                      |  |
| 03/12/23  | 1800 DH                       | M-A-E<br>Opticien O<br>63 Rue /gl  |                                      |  |
| INPE et code à Barres   |                               |  |                                      |  |

| Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire |               |          |  |
|---|---------------|----------|--|
| Nature de la prestation   | Prix Unitaire | Quantité |  |
|   |               |          |  |

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

### Dénomination du médicament

OTAD® DS 0,2 %

Collyre en solution, boîte d'un flacon de 5 ml

Chlorhydrate d'Olopatadine

< Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.  
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.  
- Si vous avez d'autres questions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.  
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur 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 :

- 1- Qu'est-ce que OTAD® DS 0,2 % et dans quel cas est-il utilisé ?
- 2- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre OTAD® DS 0,2 % ?
- 3- Comment prendre OTAD® DS 0,2 % ?
- 4- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- 5- Comment conserver OTAD® DS 0,2 % ?
- 6- Informations supplémentaires

#### 1- QU'EST-CE QUE OTAD® DS 0,2 % ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

##### Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité

Médicaments ophtalmologiques; décongestionnants et antiallergiques; autres antiallergiques (Code ATC : S01GX09).

##### Indications thérapeutiques:

OTAD® DS 0,2 % est indiqué pour le traitement des signes et symptômes des conjonctivites allergiques saisonnières.

#### 2- QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE OTAD® DS 0,2 % ?

##### Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament

##### Contre-indications

**Ne prenez jamais OTAD® DS 0,2 %, collyre en solution:**

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'olopatadine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.
- Vous ne devez pas utiliser OTAD® DS si vous allaitez.

##### Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi

**Faites attention avec OTAD® DS 0,2 %, collyre en solution:**

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant d'utiliser ce médicament.

Vous devez enlever vos lentilles de contact avant d'utiliser OTAD® DS.

##### Enfants «et adolescents»

Ne pas utiliser ce médicament chez les enfants de moins de 3 ans. Ne donner pas ce médicament à des enfants âgés de moins de 3 ans car il n'existe pas de données qui démontrent la sécurité et l'efficacité de ce collyre dans cette population.

##### Interactions avec d'autres médicaments

##### Prise d'autres médicaments.

- Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous utilisez, avez récemment utilisé ou pourriez utiliser tout autre médicament.
- Si vous utilisez un autre collyre ou une autre pommade ophtalmique, il convient d'attendre au moins 5 minutes entre chaque instillation. Les pommades ophtalmiques doivent être administrées en dernier.

##### Interactions avec les aliments et les boissons

Sans objet.

##### Interactions avec les produits de phytothérapie ou thérapies alternatives

Sans objet.

##### Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement

Si vous êtes enceinte ou allaitante, si vous pensez être enceinte, ou si vous prévoyez de l'être, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant d'utiliser ce médicament. Vous ne devez pas utiliser OTAD® DS si vous allaitez, demandez conseil à votre médecin avant d'utiliser ce médicament.

##### Sportifs

Sans objet.

##### Effets sur l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines

#### Mentions relatives aux excipients à effet notoire

En raison de la présence de chlorure de benzalkonium, ce médicament peut provoquer une irritation des yeux. Éviter le contact avec les lentilles de contact souples. Retirer les lentilles de contact avant application et attendre au moins 15 minutes avant de les remettre. Le chlorure de benzalkonium peut décolorer les lentilles de contact souple.

#### 3- COMMENT PRENDRE OTAD® DS 0,2 % ?

##### Instruction pour un bon usage

Veuillez à toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou de votre pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

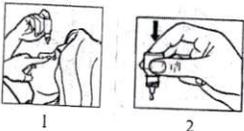
##### Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement

Utilisez cette posologie à moins que votre médecin ne vous dise de faire différemment. Utilisez OTAD® DS dans les deux yeux uniquement si votre médecin vous a dit de le faire. Utilisez-le aussi longtemps que votre médecin vous l'a dit. OTAD® DS doit être utilisé seulement en gouttes dans les yeux.

##### Quelle quantité utiliser ?

La dose recommandée est une goutte dans chaque oeil affecté une fois par jour.

##### Comment utiliser OTAD® DS ?



- Prenez le flacon d'OTAD® DS et un miroir.
- Lavez-vous les mains.
- Prenez le flacon et enlevez le bouchon en le dévissant.
- Après avoir retiré le capuchon, si la bague de sécurité est trop lâche, la retirer avant utilisation du produit.
- Tenez le flacon tête en bas, entre le pouce et le majeur.
- Penchez la tête en arrière. Avec un doigt propre, tirez doucement votre paupière vers le bas pour créer un sillon entre la paupière et l'œil. La goutte sera déposée à cet endroit (figure 1).
- Rapprochez l'embout du flacon de votre œil. Si besoin, utilisez un miroir.
- Ne touchez pas votre œil 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 d'OTAD® DS à la fois.
- Ne compressez 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 œil.
- Bien refermer le flacon immédiatement après usage.
- Si une goutte tombe à côté de votre œil, recommencez.

##### Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage

**Si vous avez pris plus d'OTAD® DS 0,2 %, collyre en solution 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.

##### Conduite à tenir en cas d'omission d'une ou plusieurs doses

**Si vous oubliez de prendre OTAD® DS 0,2 %, collyre en solution**  
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.

##### Mention, si nécessaire, d'un risque de syndrome de sevrage

**Si vous arrêtez de prendre OTAD® DS 0,2 %, collyre en solution**  
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 INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?

##### Description des effets indésirables

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 ce médicament.

##### Effets indésirables fréquents:

Effets Oculaires: Douleurs de l'œil, irritation de l'œil, œil sec, sensation de brûlure.

Effets Oculaires: vision floue, réduite ou anormale, affection de la cornée, inflammation de la surface de l'œil avec ou sans atteinte superficielle, inflammation ou infection de la conjonctive, écoulement, sensibilité à la lumière, augmentation de la production de larmes, démangeaison oculaire, rougeur oculaire, paupière anormale, démangeaison, rougeur, gonflement ou formation de croûtes sur la paupière.

Effets indésirables généraux: sensation anormale ou diminuée, vertige, nez qui coule, peau sèche, inflammation cutanée.

##### Fréquence indéterminée:

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

Effets indésirables généraux: touffe court, augmentation des symptômes allergiques, œdème 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 atteintes sévères de la couche claire située à l'avant de l'œil (la cornée) ont développé des tâches opaques sur la cornée en raison d'une accumulation de calcium pendant le traitement.

##### Déclaration des effets secondaires:

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. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration.

#### 5- COMMENT CONSERVER OTAD® DS 0,2 % ?

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte et l'étiquette du flacon (La date d'expiration fait référence au dernier jour du mois mentionné). Conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

Vous devriez jeter le flacon 4 semaines après l'avoir ouvert pour la première fois, pour prévenir les infections, et utiliser un nouveau flacon. Inscrivez la date à laquelle vous l'avez ouvert dans l'espace prévu sur l'étiquette de chaque flacon et de chaque boîte.

«Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout, ni avec les ordures ménagères».  
Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

#### 6- INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

##### Que contient OTAD® DS 0,2 %, collyre en solution ?

##### Composition qualitative et quantitative en substance active:

|                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| Chlorhydrate d'Olopatadine.....     | Par 1 ml |
| Équivalent à Olopatadine (DCI)..... | 2,22 mg  |
| .....                               | 2 mg     |

##### Composition qualitative en excipients:

Chlorure de sodium, Hydrogénophosphate disodique dihydraté, Chlorure de benzalkonium, Acide chlorhydrique, Hydroxyde de sodium, Povidone, Edétate disodique, Eau pour préparations injectables.

Nom et adresse de l'EPI titulaire de l'AMM au Maroc  
Laboratoires PHARMIS

PHARMIS

Siège social : 134, Allée des Mimosas,  
Ain Sebaâ 20590, Casablanca, Maroc

Nom et adresse du fabricant  
Beximco Pharmaceuticals Limited  
126, Kathaldia, Auchpara,  
Tongi, Gazipur, 1711,  
Bangladesh.

La dernière date à laquelle cette notice a été révisée  
Mars 2020.

Conditions de prescription et de délivrance  
Tableau A.

Informations réservées aux professionnels de santé  
Sans objet

3020008411 080421

1040033105/05-21/50,000 SHUK



Docteur N. RIAH

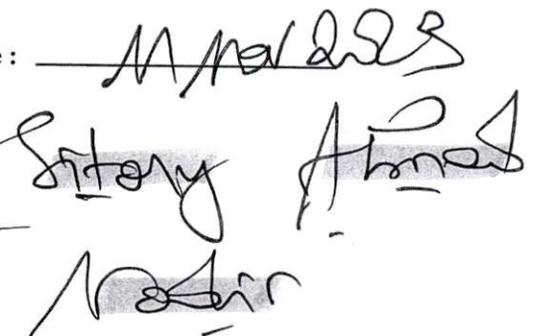


الدكتورة ن. رياح

Ophthalmologiste (Adultes et Enfants)  
Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca  
Ancienne Interne du CHU de Pointe à Pitre, France  
Ancienne résidente à l'Hopital 20 Août  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca  
et de l'Université des Antilles-Guyane (France)

إختصاصية في الطب و جراحة العيون (صغار و كبار)  
داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد  
طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي  
بوانت أبتز - فرنسا  
طبيبة مقيمة سابقة بمستشفى 20 غشت  
دبلوم التخصص بكلية الطب بالدار البيضاء وجامعة بفرنسا

Casablanca, le : 



85,10  
Q.  0,210  
Lette Jour → 2017  
85,10  
recommande à la demande



إقامة حبيبة, رقم 78, الطابق 2 - شارع الحاج فاتح - الولفة - الدار البيضاء  
Résidence Habiba, Numéro 78, 2 ème étage, Boulevard El haj fatch - Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 13 49

un autre regard  
sur vos yeux



OPTICIEN  
LUNETTIER  
CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° 006898

Mme / Mr : *Sitary Ahmad Nadir* Casablanca, le : *03/12/23*  
Dr : *N. ROAH*

VL

VP - Add

OD : *-0,50(-0,75,10°)*  
OG : *-0,50(-0,50,150°)*

OD : .....  
OG : .....

Prix Monture

*Optique*  
*500* DH

Prix Verres

*Optique AR*  
*1300* DH

Total à payer : *1800* DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : *Mille huit Cent dix-huit*

Cachte et signature

*M-A-D Optic*  
Opticien Optometriste  
63 Rue Rguibat Casa

Cachte et signature

63 Rue Rguibat Bourgone Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36  
Capital : 10,000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 508275  
ICE : 000264259000069