

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 : RAIN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUBIR ZINEB

Date de naissance : 09.06.75

Adresse : 31 Rue 147 groupe M Cite oulfa

Tél : 0661114757

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : S. Tamy

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 : COSE Le : 22/12/23

Signature de l'adhérent(e) :

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

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

Page 1 / 1 الصفحة

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

Veuillez 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
Número 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
Total remboursé											420,00
Total général remboursé											420,00

- 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
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

0661 1622 18

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

* موافقة مسبقة *
Entente préalable *

* تنفيذ *
Exécution * ☒

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

Réf. - 610-1-02 مرجع رقم

REG. AM - 12.01.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **SITARY SAÏD** : الاسم العائلي والشخصي

N° Immatriculation : **11012191714114161** : 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 Madi** : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : **11/11/1913** : تاريخ الميلاد

N° CIN : **1111111111** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe * : M ☒ ذكر F ☐ أنثى : الجنس *

INPE et code à barres ** : الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

Médecin traitant : **INPE: 091174706** : الطبيب المعالج

ICE: **001638886000023**

Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية

Type de soins * : نوع العلاجات

Hospitalisation ☐ استشفاء Maternité ☐ أمومة Accident ☐ حادث Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : **Casablanca** : ب : في : **14/11/2013**

Le : **14/11/2013** : في : **14/11/2013**

Signature de l'assuré(e) : توقيع المؤمن له

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. : أصر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : **Casablanca** : ب : في : **14/11/2013**

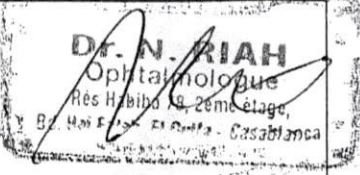
Le : **14/11/2013** : في : **14/11/2013**

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 - الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333

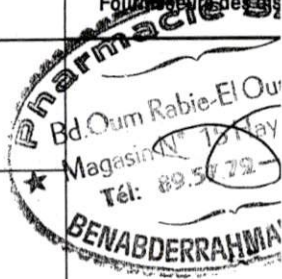

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP: 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

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

CIM-10

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

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

م تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع او ممون التجهيزات Signature et Cachet Fournisseur des eqs
11/11/2023	85,10	
INPE et code à Barres 92052208		
03/12/23	1800 DH	
INPE et code à Barres INPE: 065032633		

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 ophtalmiques; 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.

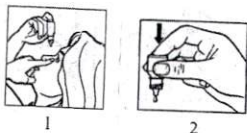
Posologie. Mode et/ou voie(s) d'administration. Fréquence d'administration et Durée du traitement

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'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 d'OTAD® DS 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.

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'oeil, irritation de l'oeil, œil sec, sensation de brûlure.

Effets Oculaires: vision floue, réduite ou anormale, affection de la cornée, inflammation de la surface de l'oeil 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: oeil 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'oeil (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
Equivalent 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



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

302008411

080421

1040033105/05-21/50,000 SHUK

Tél. : 05 22 93 13 49



Ophtalmologiste (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

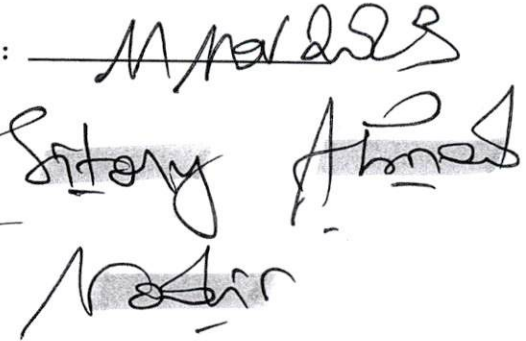
*طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي

بوانت أبتز - فرنسا

طبيبة مقيمة سابقة بمستشفى 20 غشت

دبلوم التخصص بكلية الطب بالدار البيضاء وجامعة بفرنسا

Casablanca, le : 



85,10

G.



Left 1000 - 2000

85,10

rechargeable & la semaine



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 :

Dr :

Casablanca, le : 03/12/23
Sitary Ahmad Nadir
N. RDA H

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

Cachet et signature

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Rguibat Casa

Cachet et signature

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