

# COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



**Déclaration de Maladie**  
M23- 0014407

**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

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2772      Société : RAO

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : KADRI HASSANI DAKES

Date de naissance : 8.1.1973

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : 0667117245      Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

19/10/26

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/10/26

Nom et prénom du malade : KADRI HASSANI DAKES      Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : glaucome

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 : \_\_\_\_\_      Le : \_\_\_\_\_

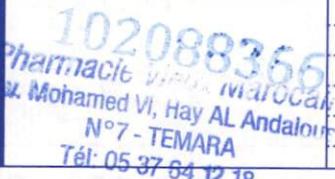
Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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
19/12/23	C.S.			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/12/23	455,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

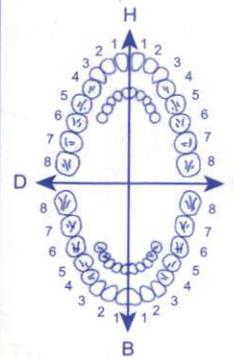
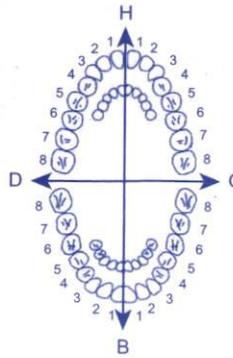
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

### 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 canaux, ainsi que le bilan de

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																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				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



19/12/2023

**Mr KADRI HASSANI MOHAMED**

totale = 455,20

XALACOM 50 / 5 µG / MG COLLYRE

3 x 8,9,50 = 268,50

1 goutte le soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

IBRIMO COLLYRE

91,50

1 goutte 2 fois , pendant 1 Mois

XOLA 2% 2 % COLLYRE

95,20

1 goutte 2 fois, pendant 1 Mois

*Pharmacie Vieux marocain*  
Av. Mohamed VI, Hay AL Andalous  
N°7 - TEMARA  
Tél: 05 37 64 12 18

Centre Suisse d'Ophtalmologie  
Hay Andalous - Temara  
N°7 - TEMARA  
Tél: 05 37 64 12 18

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



**Xalacom**<sup>®</sup>

XALACOM 50 microgrammes/ml

Latanoprost/Timolol



P.P.V : 89,5 DH

Fabricant / المصنع

PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV

RIJKSWEG 12

2870 PUURS

BELGIQUE

PAA193075

PAA195659  
145

**Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser 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, interrogez votre médecin ou 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 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. Quel est ce que XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution et

**Si vous avalez XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution**

En cas d'ingestion accidentelle de XALACOM, contactez immédiatement votre médecin. Si vous ingérez une grande quantité de XALACOM, vous pouvez vous sentir mal, avoir des maux d'estomac, vous sentir fatigué, présenter des rougeurs et avoir une sensation d'étourdissement, ou commencer à transpirer.

**Si vous oubliez d'utiliser XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution**

Attendez le moment de l'administration suivante pour instiller votre collyre. N'utilisez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre. En cas de doute, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



**Xalacom**<sup>®</sup>

XALACOM 50 microgrammes/ml

Latanoprost/Timolol



P.P.V. : 89,5 DH

Fabricant / المصنع

PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV

RIJKSWEG 12

2870 PUURS

BELGIQUE

PAA193075

PAA195659  
145

**Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser 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, interrogez votre médecin ou 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 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 XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution et

**Si vous avalez XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution**

En cas d'ingestion accidentelle de XALACOM, contactez immédiatement votre médecin. Si vous ingérez une grande quantité de XALACOM, vous pouvez vous sentir mal, avoir des maux d'estomac, vous sentir fatigué, présenter des rougeurs et avoir une sensation d'étourdissement, ou commencer à transpirer.

**Si vous oubliez d'utiliser XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution**

Attendez le moment de l'administration suivante pour instiller votre collyre. N'utilisez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre. En cas de doute, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



**Xalacom**<sup>®</sup>

XALACOM 50 microgrammes/ml

Latanoprost/Timolol



P.P.V : 89,5 DH

Fabricant / المصنع

PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV

RIJKSWEG 12

2870 PUURS

BELGIQUE

PAA193075

PAA195659  
145

**Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser 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, interrogez votre médecin ou 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 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 XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution et

**Si vous avalez XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution**

En cas d'ingestion accidentelle de XALACOM, contactez immédiatement votre médecin. Si vous ingérez une grande quantité de XALACOM, vous pouvez vous sentir mal, avoir des maux d'estomac, vous sentir fatigué, présenter des rougeurs et avoir une sensation d'étourdissement, ou commencer à transpirer.

**Si vous oubliez d'utiliser XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution**

Attendez le moment de l'administration suivante pour instiller votre collyre. N'utilisez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre. En cas de doute, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets

زولا  
Xola®

Lot: Z M O 3 4 5  
Fab: 1 1 2 2  
Exp: 1 1 2 4

PPV: 95 DH 20

# 20 mg/ml, Collyre en solution dorzolamide

notice avant  
avoir besoin de la  
interrogez votre  
nnellement prescrit.  
nes. Il pourrait leur  
nes sont identiques

**Si vous oubliez d'utiliser Xola® collyre**  
Il est important d'utiliser Xola® collyre comme prescrit par votre médecin.  
Si vous avez oublié d'instiller une goutte à l'heure prévue instillez-la dès que vous vous souvenez. Cependant, s'il est presque l'heure de l'instillation suivante, reprenez votre médicament normalement à l'heure habituelle suivante. Ne prenez jamais de double dose pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

**Si vous arrêtez d'utiliser Xola® collyre**  
Xola® collyre devraient être utilisés chaque jour pour fonctionner correctement. Si vous devez arrêter le traitement, contactez immédiatement votre médecin. Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce produit, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

### 4. Effets indésirables éventuels

Comme tous les médicaments, Xola® collyre est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet. Si vous développez des réactions allergiques, arrêtez immédiatement ce médicament et consultez rapidement votre médecin. Les symptômes de réactions allergiques sont les suivantes :

- gonflement du visage, des lèvres, de la langue, et / ou de la gorge qui peut provoquer des difficultés à respirer ou à avaler.
- réactions cutanées sévères avec des cloques sur la peau qui peuvent affecter la bouche, les yeux et les organes génitaux.
- l'urticaire.

Les effets indésirables suivants peuvent être observés avec Xola® collyre :  
Très fréquent (affecte plus de 1 personne sur 10)  
• brûlure et picotement des yeux.

Commun (affecte entre 1 et 10 sur 100)  
• maladie de la couche superficielle de la conjonctive (des douleurs des yeux et une vision floue ou une vision superficielle ponctuée), une inflammation de la conjonctive, un gonflement de la couche superficielle de la conjonctive et inflammation de la paupière (s) et / ou de la peau autour de l'œil (s), larmoiements ou des démangeaisons de l'œil (s), une vision troublée, des effets sur la surface de l'œil.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, veuillez informer votre médecin ou votre pharmacien.  
• Le nom complet de ce médicament est Xola® Collyre en solution mais dans la notice, il sera appelé Xola® collyre.

### 1. Qu'est-ce que Xola® collyre et dans quels cas est-il utilisé ?

Xola® collyre est une solution stérile de gouttes pour les yeux. Xola® collyre contient le dorzolamide en tant que principe actif, un composé apparenté aux sulfamides. Xola® est un inhibiteur de l'anhydrase carbonique ophthalmique qui réduit la pression au niveau de l'œil.

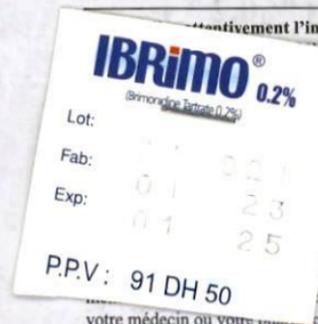
Il est indiqué dans le traitement de la pression intraoculaire élevée dans des conditions telles que l'hypertension oculaire et le glaucome (glaucome à angle ouvert, glaucome pseudo-exfoliatif). Xola® collyre peut être utilisé seul ou en association avec d'autres médicaments qui réduisent la pression intraoculaire (appelés bêtabloquants).

### 2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Xola®

Ne pas utiliser Xola® collyre si vous :  
• êtes allergique (hypersensible) à Xola® ou à l'un des autres composants de cette solution.  
• avez de graves problèmes rénaux.

Précautions particulières à prendre avec Xola® gouttes ophthalmiques  
Avant d'utiliser Xola® collyre, prévenez votre médecin si vous :  
• avez ou avez eu des problèmes hépatiques dans le passé.  
• on vous a dit que vous avez un défaut de la

# IBrimo® 0,2% p/v (2mg/ml) tartrate de brim



...entièrement l'intégralité de cette  
...ment.  
...avoir besoin  
...ressez-vous à  
...n.  
...nellement  
...s personnes. Il  
...eurs symptômes  
...vient grave ou si  
...rables non  
...uillez informer  
votre médecin ou votre pharmacien.

## 1. Qu'est-ce que IBrimo® et dans quel cas est-il utilisé?

IBrimo® est utilisé pour réduire la pression au niveau de l'œil. Il peut être utilisé soit seul lorsque les collyres bêta-bloquants sont contre-indiqués, ou avec un autre collyre lorsqu'un seul médicament ne suffit pas pour abaisser la pression accrue au niveau de l'œil, dans le traitement du glaucome à angle ouvert ou d'hypertension oculaire.

Le principe actif de IBrimo® est le tartrate de brimonidine qui agit en réduisant la pression à l'intérieur du globe oculaire.

## 2. Avant utilisation de IBrimo®

N'utilisez jamais IBrimo®

- Si vous êtes allergique (hypersensible) au tartrate de brimonidine ou à l'un des autres composants de IBrimo®.
- Si vous prenez la monoamine oxydase (MAO) ou certains antidépresseurs. Veuillez informer votre médecin si vous prenez un quelconque antidépresseur.
- Si vous allaitez.
- Chez les nouveau-nés / nourrissons (de la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans).

Si vous avez des symptômes de glaucome à angle fermé, consultez votre médecin.  
Posologie  
Jours  
Niveau  
sa  
Si  
ce  
me  
4. Effets  
Contra  
prov  
mon  
indés  
d'inc  
Très  
sur 10  
Comm  
sur 10  
Peu fr  
sur 10  
Rare :  
Très r  
patien  
Les ef  
être si  
Affect  
Très f  
• Irrita  
de brû  
corps  
follicu  
transp  
• Vis  
• Une  
Fréq  
• irrit  
la pa  
qui r  
doule