

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10558 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MESSAS Mes

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06-68-47-21-13 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. JOURNAYA CHEFI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafis Berrechid
Tél : 0522 32 48 47

Date de consultation : 12/06/2023

Nom et prénom du malade : SINI F Fatiha Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Amyotropie

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) : _____

RELEVE 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
21/06/23 Cr			300,00 dh	 Dr. Soumaya CHAFIK MOLOUSSSE OPHALMOLOGISTE Rue Oued El Moutaib Barrechid Tel: 022 31 16 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/01/2012	22.00

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	
ENNAJEM OTHMANE ENNAJEM OPTIQUE Opticien Optométriste 77, Rue Errazi Hay Yasmine Ben Arous Tunisie 20300 BP 20300,00 / 06.53.48.23.15	23/06/2023					30.00,00 D

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	11433553

A circular diagram showing a sequence of numbered circles arranged in a circle. The numbers are: 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5, 4, 3. Arrows indicate a clockwise direction starting from the top circle labeled 'H'.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Numéro de facture... 1356 /2023

Date de facture : 13/06/2023

Client(e) :

SINIF Fatiha

Prescription par docteur: Soumaya chrebhi

Nº de Nomenclature Correspondant la prescription	VL	OD: +0,50 (-0,50 à 180°) OG: Plan (-0,50 à 5°)	ADD: +2,75
---	----	---	------------

Quantité	Articles	Prix	Total
1	Nombrure optique	400,00	400,00
2	verres progressifs org AR MV 156 AR bleu	1300,00	2600,00
Total: 3000,00 Pdt			



ENNAJEM OPTIQUE
ENNAJEM OPTIQUE

Opticien Optométriste
77, Rue Errazi Hay Yasmine Berrechid
Tél: 05 22.03.00.88 / 06 53.48.23.15

Siège social : 77 RUEERRAZI HAY YASMINA 26100 BERRECHID TEL : 0522030088 / 0653482315-
T.P : 40700771 - R.C : 22748 - I.F : 33635032 I.C.E : 002223401000018

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTHALMOLOGISTE

Maledies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT



Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1 er étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47

الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العين

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

12/06/2023

Mme SINIF Fatiha

**Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets,
Antireflets multi-couches**

Vision de loin :

OD = + 0.50 (- 0.50 à 180°)

OG = Plan (- 0.50 à 5°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

**ENNAJEM OTHMANE
ENNAJEM OPTIQUE**
Opticien Optométriste
77, Rue Errazi Hay Yasmine Berrechid
Tél. : 05.22.03.00.88 / 06.53.48.25.15

22,00

1/ SICCAPROTECT : collyre

1 Goutte 3fois/jour , dans les deux yeux

T = 22,00



**Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél. : 0522 32 48 47**

سيكابروتك (٢) قطرات العين

ديكسابانتينول و بولي فينيل الكحول

الشكل الصيدلي :

قطرات العين : قنينة بقطرارة من فئة 10 مل.

التركيزية :

ديكسابانتينول

بولي فينيل الكحول

كل ملل

30 ملغ

14 ملغ

السواغات :

هيدروجين فوسفات البوتاسيوم، فسفات ثنائية البوتاسيوم، مياه للحقن.

السواغات المعروفة التأثير:

كلوريد البنزوكونيوم.

النوع الصيدلي والعلجي :

دموع مصطنعة.

الاستعمالات العلاجية :

علاج أعراض حفاف القرنية والملتحمة الناتجة عن اضطرابات في الإفرازات الدمعية إما بسبب مرض موضعي أو جهازي، أو إغلاق غير كافي للجفن.

ترطيب العدسات اللاصقة الصلبة عند الاستخدام.

موقع الاستعمال :

لا يستعمل هذا الدواء في حالة فرط الحساسية للأي مكون.

الاحتياطات :

لا ينبغي تطبيق قطرات العين سيكابروتك (٢) عند ارتداء العدسات اللاصقة اللينة (المائية).

يجب إزالء العدسات اللاصقة اللينة قبل تقطير قطرات العين سيكابروتك (٢) وإعادتها بعد 15 دقيقة في وقت لاحق.

كمية و طريقة الاستعمال :

غرس 6 قطرات في اليوم في كيس الملتحمة.

تغرس قطرات العين سيكابروتك (٢) في كيس الملتحمة. لهذا، أمل الرأس للخلف، وأنظر إلى الأعلى، أسحب بلطف الجفن السفلي إلى أسفل. أغرس قطرة في داخل الجفن بالضغط برفق على القرنية. تجنب الاتصال بين طرف القرنية والعين. أغلاق عينيك بيطء. مباشرة بعد الاستعمال، يجب إغلاق القرنية بالغطاء.

الحفظ :

لا تتجاوز تاريخ انتهاء الصلاحية المشار إليه على العبوة الخارجية.

يستخدم في غضون 6 أسابيع بعد فتح القرنية.

إغلاق القرنية بعد الاستخدام.

يجب تخزين هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

معلومات كاملة ومفصلة عن هذا الدواء متوفرة عند الطبيب والصيدلي الخاص بك.

لا تترك الأدوية في متناول الأطفال.

تاريخ المراجعة :

أكتوبر 2015.

الصانع :

إر صافارم أرز زيميت

النقطاطع الصناعي، 66129 صاربروكن، ألمانيا.

المستفيد :

مخابر ستير بفارما

المنطقة الصناعية لينا، رقم 347 سيدى معروف- الدار البيضاء.

الهاتف: 00212 522 97 20 89

الفاكس: 00212 522 97 20 56

أمين الطاهري، الصيدلي المسؤول

Lire attentivement la notice

Siccaprotect® Collyre

Dexpanthénol et Alcool polyvinyle



Présentation:

Collyre: Flacon compte-gouttes de 10 ml

Composition:

Par ml

- Dexpanthénol 30 mg
- Alcool polyvinyle 14 mg

Excipients:

Phosphate monopotassique, phosphate dipotassique, eau pour préparations injectables.

Excipient à effet notable:

Chlorure de benzalkonium.

Mode d'action:

Larme artificielle

Indications:

Traitemet symptomatique du dessèchement cornéen et conjonctival suite à des troubles de la sécrétion lacrymale dus soit à une affection topique ou systémique soit à une fermeture insuffisante de la paupière.

Humidification des lentilles de contact dures lors de l'utilisation.

Contre-indications:

Hypersensibilité à l'un des composants.

Précautions d'emploi:

Le collyre Siccaprotect® ne doit pas être appliqué lors du port de lentilles de contact souple (hydrophiles). Les lentilles de contact souples doivent être enlevées avant l'instillation du collyre Siccaprotect® et ne doivent être remises que 15 minutes plus tard.

Posologie et mode d'administration:

Instiller 6 gouttes par jour dans le cul-de-sac conjonctival.

Le collyre Siccaprotect® est à instiller dans le cul-de-sac conjonctival. Pour cela incliner la tête légèrement en arrière, regarder vers le haut et éloigner la paupière inférieure de l'œil. Faire tomber une goutte dans le cul-de-sac conjonctival en appuyant légèrement sur le flacon. L'ouverture du flacon ne doit pas entrer en contact avec l'œil. Fermer doucement l'œil après l'instillation. Refermer le flacon immédiatement après usage.

Conservation:

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation indiquée en clair sur l'emballage.

A utiliser dans les 6 semaines après ouverture du flacon.

Bien refermer le flacon après usage.

Ne pas stocker à plus de 25°C.

L'information complète et détaillée sur ce médicament est à la disposition de votre médecin et de votre pharmacien.

Ne pas laisser à la portée des enfants!

Date de révision:

Octobre 2015.

Fabriquant:

URSAPHARM Arzneimittel GmbH
Industriestraße, 66129 Saarbrücken, Allemagne

Exploitant:

Laboratoires STERIPHARMA
Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf, Casablanca - MAROC
Tel.: 0 02 12 22 97 20 89, Fax: 0 02 12 22 97 20 56
Amine Tahiri. Pharmacien Responsable

