

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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

Nº P19-

065267

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 66.01 Société : 12712

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELYOUSSEF BEN HAMMA

Date de naissance : 01.10.11.1952

Adresse : LOT N° 1000 AV. 25 Janvier 13000 CASABLANCA

Tél. : 0661.650.595 Total des frais engagés : 26944,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation : 05/01/2020

Nom et prénom du malade : ELYOUSSEF LEJAINE Age: 21

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rétine et cataracte

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 : BEJAIA - Le : 30.10.2020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30.10.2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20/09/2020 | C | 5 | 250.87 | Dr. Nabil M'hamed - OPHTHALMOLOGISTE Ang. Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab Bât. 3, N°2 Berrechid - Tél: 0522 51 71 51 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet et signature du Pharmacien du Fourguiseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Dr. FADIA Pharmacie SARL N°71, Rue Ibn 05 22 320 Tél: 05 22 32 87 79 | 30/09/2020 | 64,40 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| OPTIQUE | 21/10/20 | | | | | 2400,00 |

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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---------------------------|--|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | B | 00000000 | 00000000 | |
| | G | 35533411 | 11433553 | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. Majdouline KHALIDI

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

- Chirurgie de la cataracte
- Angiographie - Laser - OCT
- Diplôme de Contractologie - Toulouse
- Diplôme de Chirurgie Refractive - Bordeaux
- Ancien Spécialiste au CHU 20 Août
- Ancien Interne au CHU Ibn Rochd



الدكتورة ماجدولين خالدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهزة للجلالة
- تحطيط أوعية الشبكة - الليزر
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر بالليزر « بوردو »
- طبيبة سابقا بمستشفى 20 غشت
- طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



061181541

Berrechid le, **30 septembre 2020.**

Mr/Mme: **Mlle EL YOUSSEFI Lejaine**

Monture pour vision de loin + verres correcteurs
anti lumiere blue

OD = - 2.25 (- 0.50 à 180°)

OG = - 2.25 (- 0.50 à 180°)



Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab, 1er Etage, Appt 2 - (au dessus d' Attijari Wafa Bank) - Berrechid

Tél : 05 22 51 79 51 - E.mail : khalidi.majdouline@hotmail.com

FACTURE

Date : 02/10/2020

CLIENT: LEJAINE EL YOUSSEFI

Numéro: 002569

| Article | Désignation | Qté | Prix TTC |
|--|--------------------------------|-----|-----------------|
| <u>LOIN:</u> | | | |
| MONTURE | OPTIQUE LA MARTINA | 0 | 1 200.00 |
| VD | ESSILOR UNIFOCAL ORG BLEU 1.56 | 1 | 600.00 |
| VG | ESSILOR UNIFOCAL ORG BLEU 1.56 | 1 | 600.00 |
| <u>PRES:</u> | | | |
| MONTURE | | 0 | 0.00 |
| VD | | 0 | 0.00 |
| VG | | 0 | 0.00 |
| CORRECTION VISUELLE: | | | |
| Dr. KHALIDI MAJDOULINE | | | |
| LOIN : OD:-2.25(-0.50,180°) OG:-2.25(-0.50,180°) | | | |
| PRES: OD: OG: | | | |
| ADD : OD: OG: | | | |
| Total TTC: | | | 2 400.00 |
| Taux TVA: | | | 20% |
| Montant TVA | | | 480.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de: **DEUX MILLE QUATRE CENT DIRHAMS .TTC.**

Signé:

Optique Ouhoud
 Opticien Optométriste
 4 Rue d'Alger Mosquée Ouhoud
 Berrechid Tel: 05 22 32 67 19

Dr. Majdouline KHALIDI

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

- Chirurgie de la cataracte
- Angiographie - Laser - OCT
- Diplôme de Contractologie - Toulouse
- Diplôme de Chirurgie Refractive - Bordeaux
- Ancien Spécialiste au CHU 20 Août
- Ancien Interne au CHU Ibn Rochd



الدكتورة ماجدولين خالدي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهزة للجلاة
- تخطيط أوعية الشبكة - الميزر
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر بالميزر « بوردو »
- طيبة سابقا بمستشفى 20 غشت
- طيبة داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



Berrechid le, 30 septembre 2020.

Mr/Mme: Mlle EL YOUSSEFI Lejaine

44,40

CELLUVISC: COLLYRE



1 goutte 3 à 4 fois/ jour, les deux yeux

Optique Opticien
Rue de l'Industrie
Berrechid - Tel.: 05 22 32 87 18

T. 44,40

Pharmacie AL MOUNA
SARLAU
Dr. FADIR NADIA
N°71, Rue Ibn Rauimi Berrechid
Tél.: 05 22 32 62 63

Dr. Khalidi Majdouline

الدكتورة ماجدولين خالدي
OPHTHALMOLOGISTE
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab
1er étage N°20 Berrechid - Tél.: 0522 51 71 51

**NOTICE :
INFORMATION DE L'UTILISATEUR**



CELLUVISC®

4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose Carmellose sodique

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISE ?
 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
 3. COMMENT UTILISER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
 5. COMMENT CONSERVER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
 6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES
-
1. QU'EST-CE QUE CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

SUBSTITUT LACRYMAL

Ce médicament est utilisé pour soulager les signes d'irritation liés à la sécheresse de l'œil (quand il existe une insuffisance de larmes).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?

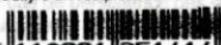
N'utilisez jamais CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose :

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la carmellose sodique ou à l'un des autres composants contenus dans CELLUVISC.

CELLUVISC® 4mg/0,4ml

SC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose :

Collyre en récipient unidose



6 118001 251414

PPV:44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

omes, CONSULTEZ UN OPHTALMOLOGISTE afin qu'il adapte votre

à usage unique et ne contient pas de conservateur. Il existe donc un risque ne.

Evitez de toucher l'œil ou toute autre surface avec l'embout de l'unidose.