

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

tions 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.

Nacie :

Toutes les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Biologie 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 :

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.

Le cadre réservé au Médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Thérapie :

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.

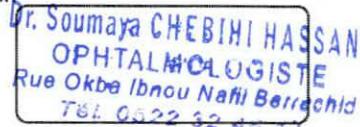
Adresses Mails utiles

réclamation	: contact@mupras.com
prise en charge	: pec@mupras.com
adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

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.

N° W19-461445

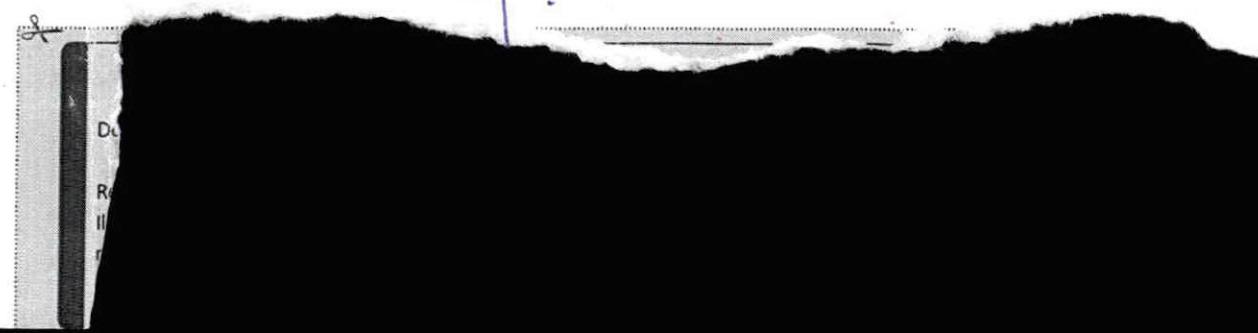
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique (15583)	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	64418	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NEJSARI Rachid			
Date de naissance : 06/06/1963			
Adresse : 44 ALKARONFAL Hay El Honda Berrechid			
Tél. : 06 23 25 02 14	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	NEJSARI Rachid		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	NEJSARI - 11/20		
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

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30 Reg. 2	S	Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI OPHTHALMOLOGISTE Rue Okba Ibou Nafii Berrechid Tél. 0522 32 48 47	INP : 06104014514

EXECUTION DES ORDONNANCES

Etat du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<u>30/12/19</u>	<u>44.40</u>
<u>30/12/19</u>		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

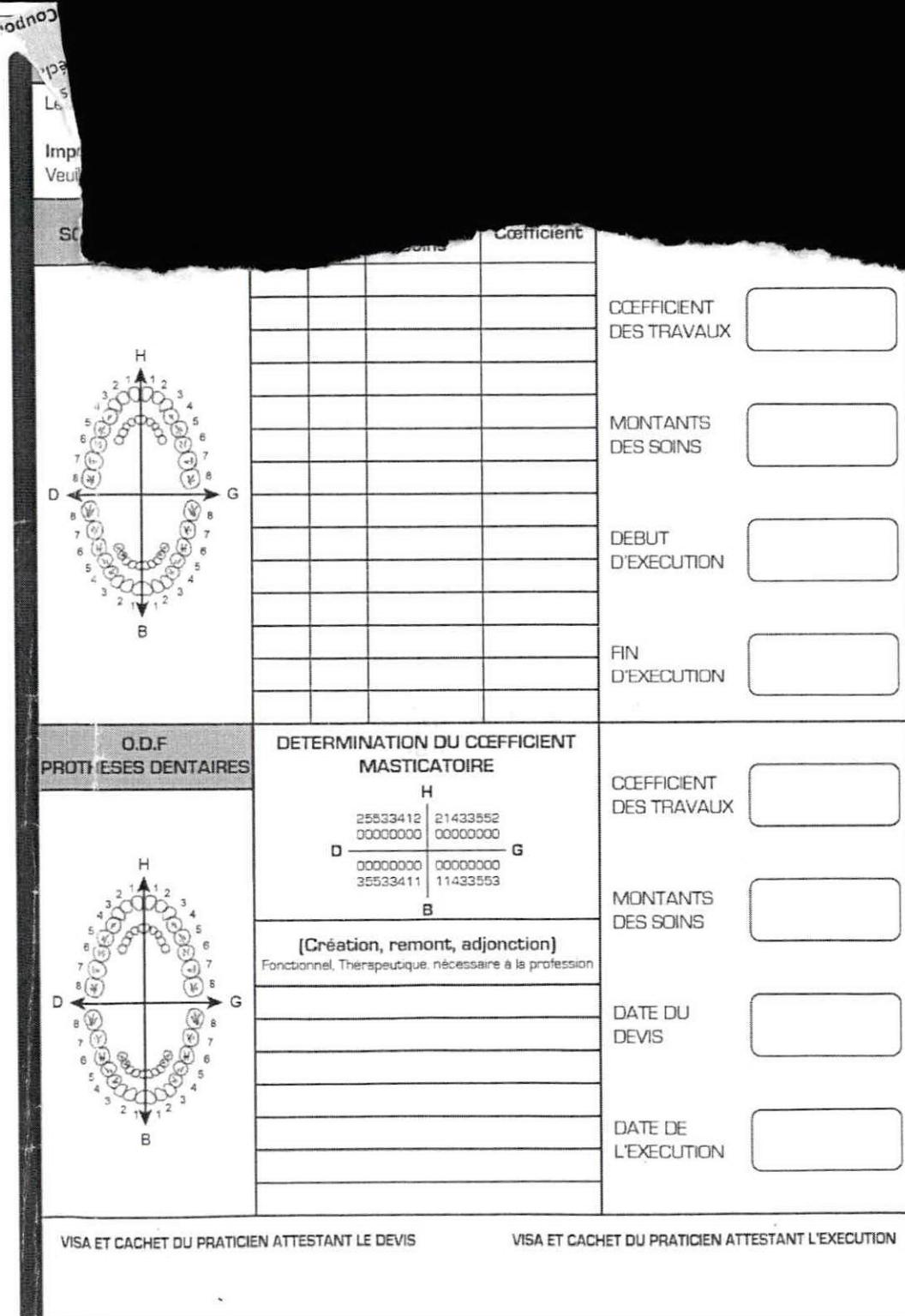
Etat et signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Nom et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
DR. KARIM EDDINE OPTOMETRISTE	06/01/2020					1000

VIOLET ADHERENT

st entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTHALMOLOGISTE

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

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



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكيّة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطريق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

30 DEC 2019

Berrechid Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
30/12/2019 | HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafil Berrechid
Tél. 05 22 32 48 47

Mr. NEJJARI Rachid

**Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets**

VL :

OD = + 1.50 (- 0.25 à 100°)

OG = + 1.25

VP :

ODG = Add : + 2.50

44,40

CELLUVISC: COLLYRE



1 Goutte 3 fois/ jour (1 boite), les deux yeux

OPTIDINE
KARIM EDDINE ADIL
Opticien - Optométriste
5, Lot. Issali Bd Hassan II - Berrechid
Tél.: 022 53 32 61 - Fax : 022 32 77 77

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafil - Berrechid
Tél.: 05 22 32 48 47

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



CELLUVISC®

Collyre en récipient unidose

06118001 030095

PPV:44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR. Veuillez lire la notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes.

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 retenir.
- 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 effet mentionné 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 UTILISÉ ?
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 UTILISÉ ?

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 carméllose sodique ou à l'un des autres composants contenus dans CELLUVISC.

Faites attention avec CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose :

En cas de persistance des symptômes, CONSULTEZ UN OPHTALMOLOGISTE afin qu'il adapte votre traitement.

Ce collyre est présenté en unidose à usage unique et ne contient pas de conservateur. Il existe donc un risque de rapide contamination bactérienne.

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

5, Lot Essafi Bd. Hassan II
Berrechid
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 06/01/2020

Client	MR NEJJARI RACHID
--------	-------------------

FACTURE N° 24/2020

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	700,00	700,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES BLANCS+ANTI REFLET	1 000,00	2 000,00
			2 700,00

payé en espèces

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **DEUX MILLE SEPT CENT DIRHAMS**

5 Lot Essafi Bd Hassan II - Berrechid
Tél. 05 22 53 32 61 - Fax 05 22 53 32 77
Opticien Optométriste
KARM EDDINE ABDI
OPTIDINE