

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

itions 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.

Facultative :
Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

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

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

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

Prothèse :
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

Déclaration : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-461445

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6418 Société : P.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NEJJARI Rachid

Date de naissance : 10/06/1963

Adresse : 14 AL KORONFAL Hay EL Honda Berrechid

Tél. : 0662325024 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafil Berrechid
Tél. 0522 32 45 47

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Amine Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Amie

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) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/12/19	2		INP : 06K104014814 Dr. Soumaya CHEBBI HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid Tél. 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
30/12/19	30/12/19	46.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

et signature du	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ire et du Radiologue			

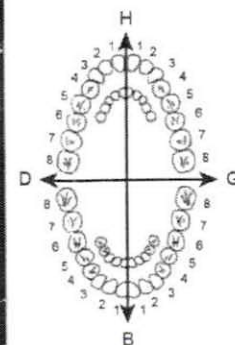
AUXILIAIRES MEDICAUX

et signature du Particien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	

VOLET ADHERENT

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	B
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sournaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies 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 العيون

جراحة الساد (الجلالة)
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع
الطابق الأول - برشيد
الهاتف : 05 22 32 48 47

30 DEC. 2019

Berrechid Dr. Sournaya Chebihi Hassani
30/12/2019
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél. 0522 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 boîte), les deux yeux

Dr. Sournaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii - Berrechid
Tél.: 0522 32 48 47

OPTIDINE
KARIM EDDINE ADIL
Opticien - Optométriste
5 Lot Issali Bd Hassan II - Berrechid
Tél. 022 53 32 61 - Fax : 022 32 77 77
Tél. 0522 32 48 47
Rue Okba Ibnou Nafii - Berrechid

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

 **ALLERGAN**

CELLUVISC®

Collyre en récipient unidose 4 mg/0,4 ml

06 18001 030095

PPV:44DH40

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 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 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 INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER CELLUVISC 4 mg/0,4 ml, collyre en récipient unidose ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.

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 carmellose 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.

Évitez 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**

OPTIDINE
KARIM EDDINE ADIL
Opticien - Optométriste
5, Lot Essafi Bd. Hassan II - Berrechid
Tél. : 05 22 53 32 61 - Fax : 05 22 53 32 61