

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## **tique :**

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 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.

**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



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- 054906

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 820 Société : 46704

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHAKIR MOHAMED

Date de naissance :

Adresse : CITE M'BARKA, RUE 72 N°20 CASA

Tél. 639320468 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/09/2020

Nom et prénom du malade : CHAKIR FATIMA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

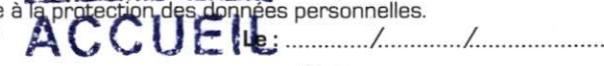
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : ACCUEIL

Signature de l'adhérent(e) : 15 NOV. 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
17/05/2020	S		10000	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Optique Optométriste</i> 25/09/2015	17/09/2015	98,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

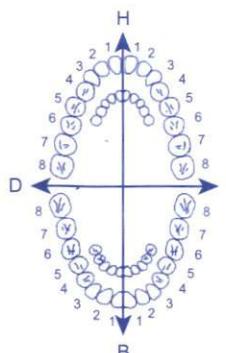
## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Docteur OUHADI Souad**

**Maladies et Chirurgie des yeux**

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août

Ex. Médecin à l'Hôpital My Youssef

Membre de la société française d'ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive et esthétique des yeux

Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact



Casablanca, le : .....  
الدار البيضاء، في :

17/09/2020

**Mme Chakir Fatna**

Lunettes pour vision de LOIN

OD : +3 (60° -1)

OG : +2 (100° -1)

, ADDITION POUR VISION DE PRES

OD : + 2.75

OG : + 2.75

, Verres progressifs.

98,00

11

NAVILINA S

Myope < 810 mm

lens

82

شارع العقيد العلام - إقامة الجلة 4 - الطابق الأول رقم 3 بورنازيل - الدار البيضاء - الهاتف .  
Bd. Akid Allam, Résidence Annakhla 4, 1<sup>er</sup> étage Appt.3 - Bournazil - Casablanca - Tél.: 05 22 56 06 56  
(Près Restaurants Poissons) قرب مطعم السمك

**الدكتورة أهادى سعاد  
أمراض و جراحة العيون**

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

طبيبة سابقة بمستشفى مولاي يوسف

عضوة بالجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلاة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

جراحة و تجميل الجفون

جراحة مسالك الدموع

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

# OPTIQUE YOUSSEF



ناظرات پسری

**Mr. MIRI NOUR ESSAID**

## **OPTICIEN OPTOMÉTRISTE**

Centre d'Adaptation de Lentilles de Contact

---

Aut : SGG 2097

FACTURE N° 0001677

M.: Cattin FINA

Casablanca, le : 15-12-202

Quantité	Designation	Nomenclature	P.U.	Montant
2	Mulins res. pvc p. 4mm phosphaté	4/3/1	500 1000	5000 10000
	Timbre Payé Sur Etat	OPTIQUE YOUSSEF M. El Bourkissaid Optique Opticien 22, Avenue 10 Mars Sidi Othmane 9522306656 TÉL: 03 66 56 56	ESRA	?
3				

Arrêtée la Présente Facture à La Somme de : Deux

### Total HT

T.V.A 20%

Total T.T.C.

Av. du 10 Mars - Bloc 12 - N° 22 Bis - Sidi Otmane - Casablanca - Tél : 05 22 38 56 56

RC : 225710 - Patente : 37203104 - IF : 49424610 - CNSS : 7097092

ICE : 001548825000074

**NAVILIP**  
YEUX

## GOUTTES OCULAIRES

**NOVAX<sup>®</sup>**  
PHARMA

Solution ophtalmique lubrifiante et apaisante à base de  
l'acide hyaluronate de sodium et vitamine E

FR

3 700822 600668

Extrait d'  
E-TP, E  
tampon

PS : Ne  
de Chlo

DESCR  
NAVIL  
lubrifi  
sont d'  
Les  
dans  
tissu  
qui im



### INDICATIONS

Les gouttes oculaires NAVILIP peuvent préserver et restaurer la surface oculaire altérée par la sécheresse oculaire croissante, l'instabilité du film lacrymal, les blessures, la chirurgie oculaire, le port de contact de lentilles, l'exposition prolongée devant des écrans.

### MODE D'EMPLOI:

- 1 - Agiter avant emploi.
- 2 - Lavez-vous les mains avant d'utiliser le flacon de solution ophtalmique.
- 3 - Instiller 1 à 2 gouttes de la solution dans chaque œil, autant de fois que besoin, ou suivant les recommandations de votre ophtalmologiste.

NAVILIP peut être utilisé avec tous types de lentilles de contact.

### MISE EN GARDE:

- En cas d'irritation des yeux, cessez d'utiliser le produit et contactez votre médecin.
- Ne pas utiliser si vous êtes allergique à l'un des composants du produit.
- Ne pas toucher la surface de l'œil avec le nébuliseur.
- Garder hors de la portée des enfants.

- Ne pas ingérer.
- N'utilisez pas le produit après la date de péremption.
- Utiliser dans les 28 jours suivants la première ouverture.
- Stérile jusqu'à la première ouverture.
- Fermez la bouteille fermement immédiatement après l'utilisation.

### CONTRE INDICATIONS :

- Non connues.

### CONSERVATION :

- Conserver à l'écart de toute source de chaleur.
- Conserver dans un endroit sec, entre 5 et 35°C.

**Flacon 3 ml**

**REF D3NL160**

**Flacon 10 ml**

**REF D10NL159**

**STERILE A**



### Distributeur :

**RIMA PHARMA**

Bd. Abdelmoumen,  
Res. Les champs Center  
Imm. B, 7ème étage, N°4  
Casablanca - MAROC

N° CE : 7263/2018/DMP  
Date : 17/08/2018



**Fabricant :**

**NOVAX<sup>®</sup> PHARMA**

Le Coronado  
20, Av. de Fontvieille  
MC 98000 MONACO  
[www.novaxpharma.com](http://www.novaxpharma.com)

F291 Rev. 14/02/2019

**CE**  
0051

V1 - Rev. 29/08/2017