

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-813905

175821

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7804 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Reformée  
 Nom & Prénom : BELAHSEN IMANE  
 Date de naissance : 04-01-1968  
 Adresse : 8 Rue De La Réunion Résidence Nezha ETG 1  
 APT 1 - 20040 CASABLANCA  
 Tél. : 0663141655 Total des frais engagés : 455 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /  
 Nom et prénom du malade : BELAHSEN IMANE Age : 55  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Recherche 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 : CASABLANCA

Le : 18/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date 09/08/23	Montant de la Facture 155,00

[illegible]

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Chirurgie de Cataracte  
Chirurgie Refractive de  
la Myopie pa laser  
Keratocône

Diplôme de Chirurgie de la  
Cataracte et de la Myopie  
( Besançon )

جراحة المياه البيضاء  
تصحيح النظر بالليزر  
القرنية المخروطية  
دبلوم جامعي في  
جراحة المياه البيضاء  
وقصر النظر ( بيزانسون )

Casablanca, le mercredi 09 août 2023

Madame BELAHSEN Imane

Dans les deux yeux :

1- NAVITAE COLLYRE

1 Goutte, 4 fois par jour, pendant 15 jours puis EN CAS DE GENE.

2- LEVOPHTA COLLYRE

1 Goutte, 2 fois par jour, pendant 15 jours puis si allergie.



**Lévophta® 0,05% / 0,05%** ليفوفثا  
collyre en suspension. Chlorhydrate de lévocabastine\* 2,7 mg  
(soit lévocabastine base 2,5mg) / Flacon de 5 ml / à utiliser dans l'œil /  
Agiter avant emploi. \*Découverte de la recherche Janssen

أطراف بشكل مائل / كلوريدات اللفوفكاستين 2,7 ملغ (أو)  
لفوفكاستين القاعدي 2,5 ملغ / قارورة سعة 5 مل / تستخدم في  
العين / تخرج قبل الاستعمال \*اكتشاف بحث جانسن

**BAUSCH + LOMB**  
LABORATOIRE CHAUVIN

MAG090004-12-19 - Art. 66585

LOT / رقم الصناديق  
Date fab / تاريخ التصنيع  
Date Exp / تاريخ انتهاء الصلاحية  
H8674  
10 - 2022  
09 - 2024

DR NACER TAZI  
OPHTALMOLOGISTE  
96, Bd d'Anfa N°31  
Casablanca

# navitae®



## PLUS

GOUTTES OCULAIRES

SOLUTION OPHTALMIQUE  
ANTIOXYDANTE ET LUBRIFIANTE

*Protège et apaise  
la surface oculaire*

Contient

SCO®

Hyaluronate  
de sodium 0,15%  
Vitamines A+E

  
**NOVAX®**  
PHARMA

15 ml

# navitae®

## PLUS

**PROTECTS AND SOOTHES  
THE OCULAR SURFACE**

**INDICATIONS: NAVITAE® PLUS**  
is a lubricant ophthalmic solution with an antioxidant and moisturizing effect used for the relief of dry eyes and ocular discomfort.

*Compatible with all types of  
contact lenses.*

**STORAGE:** Store between 5 and 35°C and protect from a direct source of light.

**Please read the enclosed  
leaflet before use.**

STERILE A



REF D15NP075

 **NOVAX® PHARMA**

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

**CE**  
0051

V4 - Rev. 06/07/2018



3 700822 600156

LOT



9  
 **SERRANI**  
[www.serrani.net](http://www.serrani.net)



PVC : 80,00 DH  
RIMAPHARMA

navitae®



PLUS  
EYE DROPS

ANTIOXIDANT & LUBRICANT  
OPHTHALMIC SOLUTION

*Protects and soothes  
the ocular surface*

Contains

SCO®

0,15% Sodium  
hyaluronate  
Vitamins A+E

NOVAX®  
PHARMA

15 ml

navitae®  
PLUS

PROTEGE ET APAISE  
LA SURFACE OCULAIRE

**INDICATIONS : NAVITAE® PLUS**  
est une solution ophtalmique  
lubrifiante ayant un effet antioxy-  
dant et hydratant utilisée pour  
soulager la sécheresse oculaire  
et la gêne oculaire.

*Compatible avec tous les types  
de lentilles de contact.*

**CONSERVATION :** Conserver  
entre 5 et 35°C et protéger  
contre toute source lumineuse  
directe.

**Veillez lire la notice incluse  
avant utilisation.**

STERILE A



**Distributor/ Distributeur :**

**RIMA PHARMA**

17 rue des Rossignols. Oasis.  
Casablanca - MAROC

N° CE : 3042/ 2016/DMP/20/DM

Date : 28/12/2016

20AS717-A1

Ediz. 1