

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

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

17X821

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7804	Société : Reformée		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BELAHSEN IMANE			
Date de naissance : 04-01-1968			
Adresse : 8 Rue De La Réunion Résidence Negue, ETG1 APT1 - 20040 CASABLANCA			
Tél. : 6663141455	Total des frais engagés : 1455 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BELAHSEN IMANE Age: 55

Lien de parenté : lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

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 : CASA

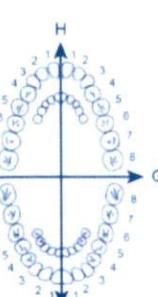
Le : 18/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

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
09/08/23	C		300 DIF	INP : 091172631 BENJAMIN MOUSSEAU Signature : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU LYCÉE 2 bis Rue de la Tél : 0368988000 IEE : 0222060</i>	09/08/23	155,00

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

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 de l'ODF.																												
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of teeth treated: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	Nature des Soins (Nature of treatments: Prosthetic, Therapeutic, Functional, etc.)	Coefficient (Coefficient table with 10 rows for INP)																								
				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 PROTHÈSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000			00000000	D		G		00000000			11433553	B		H	
H		G																										
25533412	00000000	21433552	00000000																									
00000000			00000000																									
D		G																										
00000000			11433553																									
B		H																										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								



Chirurgie de Cataracte

Chirurgie Refractive de

la Myopie par 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 :

80,00

1- NAVITAE COLLYRE

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



75,00

2- LEVOPHTA COLLYRE

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



T, 155,00



Lévofta® 0,05% / 0,05 ليفوفتا®

collire en suspension. Chlorhydrate de levocabastine 2,7 mg (soit levocabastine base 2,5mg) / Flacon de 5 ml / Instiller dans l'œil / Agiter avant emploi. *Découverte de la recherche Janssen

ليفوفتا معلق / كلور هيدرات اليفوكاستين 2,7 مل (أو
ليفوكاستين الفاعلي 2,5 مل) فازور، معلقة 5 مل / ينصح به في
العين / لرج فل الاستعمال *اكتشاف بحث جانسن

MAG090004-12-19 - Art. 66585

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

Lot/	H8674
Date Fab/	10-2022
Date Exp/	09-2024
ش.ص/	■

Dr NACER TAZI
OPHTHALMOLOGISTE
96, Bd d'Anfa N° 31
Casablanca



PLUS

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



15 ml

NOVAX®
PHARMA

navitae
PLUS

PROTEGE ET APAISE
LA SURFACE OCULAIRE

INDICATIONS : NAVITAE® PLUS est une solution ophtalmique lubrifiante ayant un effet antioxydant 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.

Veuillez 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