

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 canaux, 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 canaux.

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 l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0026883

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 824.1 Société : 908394

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Doudou abdellah

Date de naissance :

Adresse : wifak y. N°1 Rue 114, ville casablanca

Tél : 06.64.44.79.17 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/04/2014

Nom et prénom du malade : Doudou ABDULLAH Age :

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

Nature de la maladie : connectivité

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/01/24	FU		270 DH	
24/01/24			50 DH	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/01/24	306,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

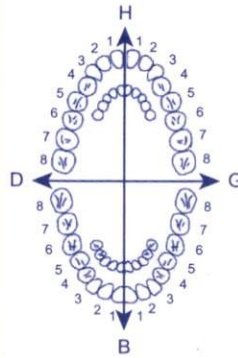
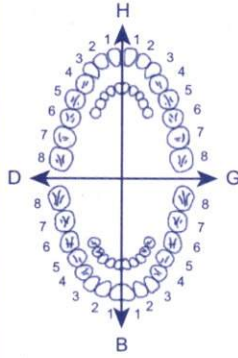
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	25/02/2024					3000,00 DH

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				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

navitae

EYE DROPS

Antioxidant and lubricant ophthalmic solution
with sodium hyaluronate, vitamin A & vitamin E

NOVAX[®]
PHARMA



LOT

RIMAPHARMA
PVC : 80,00 DH

PLUS

Vitamin

reduce the concentration of free radicals in the lacrimal fluid, and therefore enhances the protection of corneal and conjunctival epithelial cells, decreasing the risk of inflammation.

NAVITAE®PLUS is preserved with a special preservative system called **SCO®** (Stabilized Complex Oxylchloro) that keeps the solution sterile in the bottle. When exposed to light, **SCO®** dissipates into components naturally found in the human tears such as sodium chloride, oxygen and water, making it very well tolerated.

INDICATIONS:

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

- Ocular irritation caused by pathologies such as keratitis, adverse effects following corneal surgery, traumatic ulcers, corneal inflammation.
- Oxidative stress due to light exposure and/or an increase in free radicals on the ocular surface.
- Contact lens wearing.

NAVITAE®PLUS is compatible with all types of contact lenses.

INSTRUCTIONS FOR USE:

- Wash, rinse and dry your hands thoroughly.
- Make sure the seal is intact.

oxymethyl
E TPGS,

ants such
beta-glu-
composed

contact lens
damage that
and con-

ymal film
hydration,
ness. This
present in

- To open the bottle, unscrew the top completely to break the safety seal.
- Instill 1 or 2 drops into each eye, 3 to 6 times a day, or according to the specialist's advice.
- Close the bottle tightly after use.

WARNINGS:

- To prevent possible contamination, do not let the tip of the dropper come into contact with any surface or the eye.
- Do not use in case of specific hypersensitivity towards any of the constituents.
- In some cases, slight sensitivity may cause a brief stinging or irritation upon instillation that disappears after blinking.
- If the ocular irritation persists and you experience pain, redness or change in vision following the instillation, consult your specialist.
- Do not swallow the solution.
- Keep out of the sight and reach of children.
- Do not use the solution after the expiry date.
- After the bottle has been opened, the solution must be used within 90 days.
- Do not use if the bottle is damaged.
- Do not expose to direct sunlight.

STORAGE:

- Store between 5 and 35°C and protect from a direct source of light.

3 ml (free sample)

REF D3NP076

15 ml

REF D15NP075

STERILE A



Distributor:

RIMA PHARMA

17 rue des Rossignols. Oasis.

Casablanca - MAROC

N° CE : 3042/ 2016/DMP/20/DM - Date : 28/12/2016

NOVAX®PHARMA

Le Coronado

20, Av. de Fontvieille

MC 98000 MONACO

www.novaxpharma.com

CE
0051

V4 - Rev. 06/07/2018

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

د. بوقسيم مليكة

طب العيون

مختص بالأعواج ما فوق الصوتية

أصية في أمراض و جراحة العيون

.....
اللايزر

Casa le : **24 janvier 2024**

Mr DOUDOU Abdellah

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Organiques
Antireflets**

Vision de loin :

OD = (- 0.75 à 110°)

OG = (- 1.00 à 95°)



2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 3.00

80.00

NAVITAE plus collyre



Dr. Malika BOUKSIM
OPHTALMOLOGISTE
Rég. Oulfa 1144 Rue 123 N°142
Tél: 05 22 93 32 58
Rég. Oulfa 1144 Rue 123 N°142
Tél: 05 22 91 41 11
INTE: 081185167

1 goutte 3 à 4 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Boulevard

شارع

Optique Moulay Thami

بصريات مولاي التهامي

OPTIQUE - LUNETTERIE - LENTILLES DE CONTACT

FACTURE: 2178

Casablanca Le : 9/02/2026

M Doudou Abdellah

Doit

3000,00 dh

1 Monture

1000

2 Verres organiques progressifs Antireflets

2000

OD: (-0.75 à 110°)

OS: (-1.00 à 95°)

Add: +3.00



ARETTER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

trois mille dh

DONT 20% DE LA TVA INCLUSE

Résidence Kawtar 1 - Imm 4 - Mag 4A - RAHMA 2 Casablanca A coté de BIM - En face Messalla

Tél: 0522 89 49 08 - IF:15232489 - PATENTE:32942155 - ICE:001965781000082