

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 047678

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

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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2481 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraitee
 Nom & Prénom : M. ISSAD NAJIA
 Date de naissance : 04/05/1957
 Adresse : même adresse
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint
 Nature de la maladie : Decadent Retraite
 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
05.02.2021	GAG			<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Cachet]</i>	05.02.2021	98,0

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
		AM	PC	IM	IV	

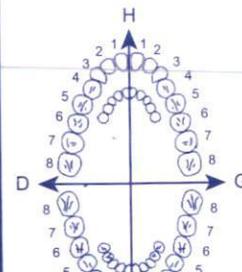
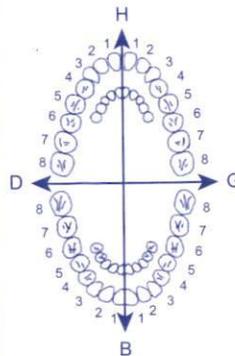
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D				00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																										
25533412	21433552	00000000	00000000																									
D																												
00000000	00000000	00000000	00000000																									
35533411	11433553																											
B																												
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								



le vendredi 5 février 2021

Madame Najia ISAAD

DR. CHARAF
VERIFIE

Dans l'œil droit:

98100

navilipo collyre

1 goutte 3 fois par jour



à renouveler pendant 1 mois

Dr. ZIDI Mohamed
Ophthalmologist
25, Route des Facultés
Casablanca

LES PHARMA SARLAU
TAHIRI-LOUTI Jaouad
Docteur en Pharmacie
88, angle Bd. Mohamed Sebou
et Rue 111 El Oulfa
CASABLANCA

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés (H.W.)
(ex Route 1'El Jadid) Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)

Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733

I.C.E. : 001685652000087

AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67



INPE 090060914

25, طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)

تجزئة كنيمر-الوازييس-الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 23 49 89 LG - الفاكس : 05 22 23 49 87

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روم موص : 090060914

الباثنتا : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67 - 2 مارس - اتيجاري وفا بنك

navilipo® DRY EYES

EYE DROPS

Lubricating and restoring liposomal eye drops
with Sodium Hyaluronate & Vitamin E

NOVAX®
PHARMA

EN

COMPOSITION:

Solution with Liposomes, Aloe Vera gel 1%, Chamomile Extract, Sodium Hyaluronate, Vitamin E-TP, Disodium Edetate, PHMB in an Isotonic buffered solution.

PS: Does not contain Chlorhexidine, Thimerosal, or Benzalkonium Chloride.

DESCRIPTION:

NAVI®LIPO is a lubricating and restoring ophthalmic liposomal solution made up from phospholipids which are natural constituents of the lachrymal fluid which helps restore the lipid layer. The sub-microscopic lipid particles dispersed in the micro-emulsion protect the ocular tissue, by forming a thin hydrophobic barrier, which mimics the lipid layer naturally found in the tear film.

INDICATIONS:

NAVI®LIPO eye drops helps restoring the ocular surface micro-environment altered by the increased tendency to evaporate, instability of tear film, traumas, ocular surgery, wear of contact lenses, prolonged exposure to computer terminals.

DIRECTION FOR USE:

- 1 - Shake before use.
- 2 - Wash your hands before using the eye drops bottle.
- 3 - Instill 1 or 2 drops of the solution in each eye, as many times as needed or according to your specialist's recommendation.

NAVI®LIPO can be used with all types of contact lenses.

WARNINGS:

- In case of eye irritation, stop using the product and contact a physician.
- Do not use if you are allergic to any of the product components.
- Do not touch the eyes with the tip of the bottle.
- Keep out of the reach of children.
- Do not ingest.

- Do not use the product after the expiry date.
- Use within 28 days of first opening.
- Sterile until first opening.
- Close the bottle tightly immediately after use.

CONTRAINDICATIONS:

- None known.

STORAGE:

- Keep away from heat sources.
- Store in a dry place, between 5 and 35°C.

Bottle 3 ml

REF D3NL160

Bottle 10 ml

REF D10NL159

STERILE A



Le Coronado
20, Av. de Fontvieille
MC 98000 MONACO
www.novaxpharma.com

0051

V1 - Rev. 29/08/2017