

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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



106596

Déclaration de Maladie : N° P19- 0022857

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5664 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAMANI Abdellah Date de naissance : 1955
Adresse : HAY EL ZAHRA N°49 Rue STEPHANE EL FARISSI
Tél. : 0666 597569 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 07/02/2022
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Vice de la réfraction
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 : 04/03/2022
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
07/02/22	Ophtalmologiste	1	3000 H	Dr. BENYAHYA Mohamed Salim Ophtalmologiste Tél: 05 22 32 56 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARY 89, Boulevard Roudan 05 22 32 56 55	07-02-22	80.00
	02/02/22	2000.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

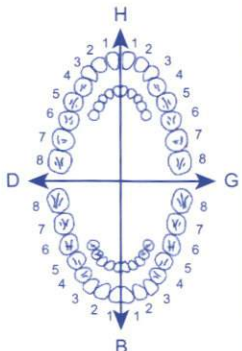
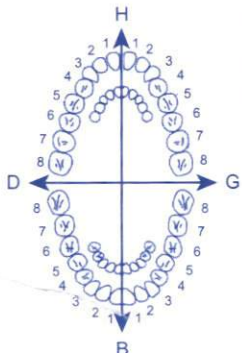
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

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><tr><td colspan="2">H</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">H</td></tr><tr><td colspan="2">25533412</td><td colspan="2">21433552</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">00000000</td><td colspan="2">00000000</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">D</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">G</td></tr><tr><td colspan="2">00000000</td><td colspan="2">00000000</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">35533411</td><td colspan="2">11433553</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr></table>				H				H		25533412		21433552				00000000		00000000				D				G		00000000		00000000				35533411		11433553				B						COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H				H																																											
	25533412		21433552																																													
	00000000		00000000																																													
	D				G																																											
	00000000		00000000																																													
	35533411		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

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et Micro-chirurgie
des yeux - Strabologie
Chirurgie de la cataracte aux U.S
Angiographie, Laser



إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للجلالة
علاج الحول، مسالك الدموع
فحص الشرايين بالأشعة
العلاج بالليزر

Membre de la société française d'Ophtalmologie
Ancien Spécialiste au CHU de Bordeaux (20 Anns)

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

Benjamin Youssef

OPTICONTACT
Opticien Opticien
Khoulidi
15 Rue Mohamed VI - 30000
Tél : 0522 32 56 56

30 - 1 - 0,75 ~ 80
30 - 1 - 0,10 ~ 70
30 - 1 - 0,10 ~ 70
30 - 1 - 0,10 ~ 70

OPTICONTACT
Opticien Opticien
Khoulidi
15 Rue Mohamed VI - 30000
Tél : 0522 32 56 56

PHARMACIE SARY
99, Bd Brahim Roucadi
BERRCHID
Tél : 05 22 33 61 88

Mohamed Salim
1/80, rue Mohammed VI
BERRCHID

GOUTTES OCULAIRES

Solution ophtalmique antioxydante et lubrifiante contenant du hyaluronate de sodium, de la vitamine A et de la vitamine E

FR

COMPOSITION :

Hyaluronate de sodium 0,15 %, carboxyméthyl-bêta-glucane, palmitate de vitamine A, TPGS de vitamine E, SCOTM, dans une solution isotonique tamponnée pH 7,0.

DESCRIPTION :

NAVITAE[®]PLUS contient des lubrifiants polysaccharidiques tels que le **hyaluronate de sodium** et le **carboxyméthyl-bêta-glucane**, et un agent lipophile lubrifiant protecteur composé de **vitamine A** et de **vitamine E** pégylée.

L'utilisation oculaire topique de la **vitamine A** améliore le port de lentilles de contact en réduisant les lésions mécaniques dues au frottement qu'elles peuvent causer sur les cellules épithéliales de la cornée et de la conjonctive.

La **vitamine A** stabilise la phase grasse du film lacrymal en augmentant sa capacité à maintenir une hydratation naturelle, ce qui réduit les symptômes de sécheresse oculaire. Cette activité est également exercée par les polysaccharides présents dans le produit.

La **vitamine E** est un antioxydant qui aide à réduire la concentration des radicaux libres dans le liquide lacrymal, et renforce ainsi la protection des cellules épithéliales cornéennes et conjonctivales, ce qui réduit le risque d'inflammation.

NAVITAE[®]PLUS est conservé grâce à un système de conservation spécial appelé SCOTM (Stabilized Complex Oxychloro - Oxychloro Complexe Stabilisé). Le SCOTM garde la solution stérile à l'intérieur de la bouteille et, une fois exposé à la lumière, se dissipe en des composants déjà présents dans les larmes humaines, tels que le chlorure de sodium, l'oxygène et l'eau, ce qui le rend particulièrement bien toléré.

INDICATIONS :

NAVITAE[®]PLUS est une solution ophtalmique lubrifiante ayant un effet antioxydant et hydratant utilisée pour soulager la sécheresse oculaire et la gêne oculaire causées par :

- L'irritation oculaire due à des pathologies telles que la kératite, effets indésirables après une chirurgie de la cornée, ulcères traumatiques, inflammation cornéenne.
- Le stress oxydatif dû à l'exposition à la lumière et/ou à l'augmentation des radicaux libres sur la surface oculaire.
- Le port de lentilles de contact.

L'utilisation de NAVITAE[®]PLUS est compatible avec tous les types de lentilles de contact.

MODE D'EMPLOI :

- Lavez-vous soigneusement les mains, puis rincez-les et séchez-les.
- Assurez-vous que la bague de sécurité soit intacte.
- Pour ouvrir le flacon, dévissez complètement la partie supérieure afin de briser la bague de sécurité.
- Instillez 1 ou 2 gouttes dans chaque œil, 3 à 6 fois par jour, ou conformément aux conseils de l'ophtalmologue.
- Fermez le flacon hermétiquement après utilisation.

MISES EN GARDE :

- Afin d'empêcher toute contamination éventuelle, éviter le contact de l'embout du flacon avec les yeux ou toute autre surface.
- Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité spécifique à l'un des constituants.
- Dans certains cas, une légère sensibilité peut entraîner une brève sensation de picotement ou d'irritation dès l'instillation qui disparaît après clignement des paupières.
- Si l'irritation oculaire persiste et que vous constatez une douleur, une rougeur ou une variation de la vision suite à l'instillation, consultez votre ophtalmologue.
- Ne pas avaler la solution.
- Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
- Ne pas utiliser la solution après la date de péremption.
- Après l'ouverture du flacon, la solution doit être utilisée dans les 90 jours.
- Ne pas utiliser si le flacon est endommagé.
- Ne pas exposer à la lumière directe du soleil.

CONSERVATION :

- Conserver à une température comprise entre 5 et 35°C et protéger contre toute source lumineuse directe.

3 ml (échantillon gratuit) REF D3NP076

15 ml REF D15NP075

STERILE

Distrib

RIMA PH

Bd. Abbe

Imm. B,

N° CE :

NOV

Le Cor

20, Av. G

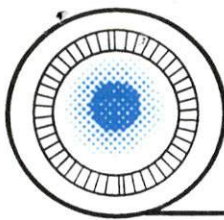
MC 98000

MONACO

www.novaxpharma.com



optic



ntact

Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 1005/21

Berrechid, le

07/02/2022

Client : M. BONJAMAI YANNA

Code	Description	Total
431	R visim Very prescifs myopie	750,-
431	phi / zone	70,-
	Remarque	50,-
	Rht	200,-
	<p> $D + 3,00 (-0,75 \div 80)$ $OG + 3,00 (-0,75 \div 70)$ </p>	AN
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :		

Opticien Optométriste Diplôme d'Etat
57, Bis Rue Médina Berrechid Te. 0522.32.41.44
IF 06.100051-Pat N° 40707188-CNSS 2244797