

## 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 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

M22- 0031837

161041

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1689 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL OFIR LATIF  
Date de naissance : 28/07/51  
Adresse : 12 RUE MAHMOUD TIMOUR GAUTHIER  
CASABLANCA  
Tél. 0660541601 Total des frais engagés : 5496,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 17/02/2023  
Nom et prénom du malade : EL OFIR LATIF  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Hypertension  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : 17/05/23  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
17/02/23	S		300 DA	


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17 02 23	296,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

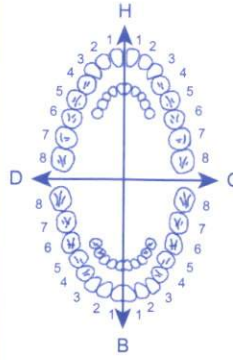
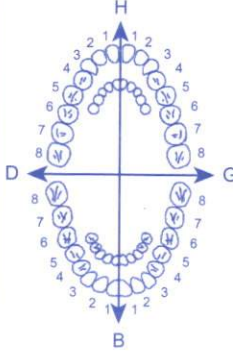
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	17/02/23		2	2		490,00

# 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>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

**Docteur Nacer TAZI**

**Ophthalmologiste**



**الدكتور نصر التازي**

**طب و جراحة العيون**

*Casablanca, le vendredi 17 février 2023*

*Monsieur Latif EL OFIR*

Verres et monture :

Progressifs

Œil droit : ( $33^{\circ}$  -1.75) +1.25, Addition +2.50

Œil gauche : ( $51^{\circ}$  -0.75) +1.25, Addition +2.50

**UNITED OPTICAL**  
45. Rue Mustapha Mamoulouti  
Perpendiculaire Bd Zerktouni  
Parallele Mousa Ibn Noussair  
Q Gauthier Casablanca  
Tel / Fax: 022 27 07 07

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

# UNITED OPTICAL

Le : 17/05/2023  
Mr : EL OUFIR Latif  
Facture : 467/23

		Prix TTC
1	Monture	900.00
1	Verre OD	2000.00
1	Verre OG	2000.00
	Deux verres progressifs organiques antireflets amincis	
Total		4900.00

INPE : 095001566  
Adresse : 1Rue Abou Al Kacem Chabi Gauthier casa  
PATENTE : 33509525  
IF : 40305141  
ICE : 000427539000029

**UNITED OPTICAL**  
45. Rue Mustapha Mantalouti  
Perpendiculaire Bd Zerktouni  
Parallele Mousseiba Nouceir  
Q Gauthier Casablanca  
Tél / Fax: 022 27 07 07





Casablanca, le vendredi 17 février 2023

Monsieur EL OFIR Latif

Dans les 2 yeux :

1- TOBREX COLLYRE

1 GOUTTE, 6 fois/j, une semaine sur deux pendant 1 mois.

2- NAVIBLEF INTENSIVE CARE

1 APPLICATION le matin pendant 15 jours.

Dans les 2 yeux

3- Massage aux compresses chaudes

4 fois par jour pendant 15 jours.

Dans les 2 yeux

4- LARMABAK

1 GOUTTE, 6 fois/j, en cas de gêne.

PHARMACIE CARILLET SAHRA  
29, Avenue Hassanane Soukani  
BP : 92128  
Casablanca 20110  
Tél : 05236888 - PC : 92128  
Tél : 0522222218

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

26,40



**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans  
l'avis d'un professionnel  
de santé

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance  
جدول (اللائحة أ) - يصرف بموجب وصفة طبية

**TOBREX® 0,3 %**  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine  
Flacon de 5 ml

توبريكس® 0,3 %  
قطرات للعين على شكل محلول  
توبراميسين  
قارورة من سعة 5 مل

TOBREX® 0,3 %  
Collyre, flacon de 5 ml  
AMM N° 30 DMP/21/NCI



6 118000 020417

LOT 230655

377 01 0013

26,40



**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans  
l'avis d'un professionnel  
de santé

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance  
جدول (اللائحة أ) - يصرف بموجب وصفة طبية

**TOBREX® 0,3 %**  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine  
Flacon de 5 ml

توبريكس® 0,3 %  
قطرات للعين على شكل محلول  
توبراميسين  
قارورة من سعة 5 مل

TOBREX® 0,3 %  
Collyre, flacon de 5 ml  
AMM N° 30 DMP/21/NCI



6 118000 020417

**LARMABAK 0.9%**  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

**LARMABAK 0.9%**  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LOT



3 700822 600200

**RIMAPHARMA**  
PVC : 120,00 DH  
**INTENSIVE CARE**