

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0052614

71700

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00647 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Chadid Sadia  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
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 : Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées  | Nature<br>des soins | Coefficient   | Coefficient des         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|--|--|---------------------|---------------|-------------------------|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|--|-------------------|
|  |  |                     |               |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|  |  |                     |               | Montant des soins       |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|  |  |                     |               | Début d'exécution       |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|  |  |                     |               | Fin d'exécution         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| <b>O.D.F.</b><br>Prothèses dentaires                   | Détermination du coefficient masticatoire  |                     |               | Coefficient des travaux |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|  | <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></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                     | H             |                         | G |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  |  | Montant des soins |
|  | H  |                     | G             |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
|  | 25533412   | 21433552            |               |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| 00000000   | 00000000   |                     |               |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| 00000000   | 00000000   |                     |               |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| 35533411   | 11433553   |                     |               |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| (Création, Remont, adjonction)                         |  |                     | Date du devis |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |
| Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                     | Fin de        |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |                   |

|   |                |                        |     |
|---|----------------|------------------------|-----|
| <b>VOLET ADHERENT</b>   |                | NOM : .....            | Mle |
| DECLARATION N°  |                | W18-344920             |     |
| Date de Dépôt   | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |     |
| <b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b><br>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                |                        |     |



W18-344920

DATE DE DEPOT

...../...../201...

|  |                                |                                 |
|--|--------------------------------|---------------------------------|
| <b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>  |                                | Mle 60647                       |
| Nom & Prénom   |                                | CHAHID SADIA                    |
| Fonction :   | Phones :                       |                                 |
| Mail :   |                                |                                 |
| <b>MEDECIN</b>   | Prénom du patient CHAHID SADIA |                                 |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>                  | Age                            | Date 26/03/2021                 |
| Nature de la maladie   |                                | Date 1ère visite                |
| conjoint allongé   |                                |                                 |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances  |                                |                                 |
| Nature des actes   | Nbre de Coefficient            | Montant détaillé des honoraires |
| <b>PHARMACIE</b><br>Date 24/03/21<br>Montant de la facture 88,60 + 35,70 = 124,30                                    |                                |                                 |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b><br>Date : .....<br>Désignation des Coefficients<br>Montant détaillé des Honoraires   |                                |                                 |
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b><br>Date : 18/04/2021<br>Nombre<br>AM PC IM IV<br>Montant détaillé des Honoraires 2200 DH |                                |                                 |
| <b>OPTIQUE YOUNESS</b><br>Souk Koles, Bloc "EF"<br>1115 - Casablanca<br>Tél : 06.61.65.09.77                         |                                |                                 |

Dr. BACHIR NACHAT  
Ophthalmologiste  
Hôpital Mohammed VI, 11ème étage  
Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 21 25 15 - GSM: 06 61 38 60 06

**PHARMACIE ADDIAN**  
16-18 Rue 3, Aïn Chock  
Ain Chock - Casablanca  
Tél: 022-50.75.18

Pharmacie Omariya Casablanca  
Rue 49 Lot Omariya Mosquée Omariya  
Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 52 36 29

**Dr. NACHAT Bouchaib**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

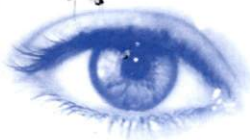
Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd

20 Août Casablanca

• Membre de la société européenne  
de la chirurgie réfractive (Lasik)

• Membre de la société française  
d'ophtalmologie

- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants
- Explorations Oculaires
- Lasers - Lasik
- Urgences Ophtalmologiques



**الدكتور بوشعيب نشاط**

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

20 غشت بالبيضاء

• عضو الجمعية الأوروبية لجراحة تصحيح النظر

• عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

- جراحة العين : الكبار و الصغار

- التصوير الرقمي لشبكة العين

- المعالجة بالليزر - تصحيح النظر

- المستعجلات

**ORDONNANCE**

Casablanca 24/03/2021.....

**CHAHID Sadia**

28/60  
60,00  
78/60  
- CHIBRO-CADRAN Collyre



1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 12 jours

- OXYAL Collyre(Hyaluronate de Na 0,15%)fl

1 goutte, 3 fois par jour, pendant 1 mois



**Dr Bouchaib NACHAT**

Ophtalmologiste  
Résidence Fathe 1, Imm 12 N° 2  
Hay Mly Abdellah Bd. Al Qods  
Ain Chock - Casablanca  
Tél.: 05 22 21 25 15 - GSM.: 06 61 98 66 06

شارع القدس إقامة الفتحة 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء

B.d ALQODS RESIDENCE AL FATHE 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbine 30) Ain Chock Casa

Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat-b@hotmail.fr



**Dr. NACHAT Bou**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd

20 Août Casablanca

• Membre de la société européenne  
de la chirurgie réfractive (Lasik)

• Membre de la société française  
d'ophtalmologie

- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants

- Explorations Oculaires

- Lasers - Lasik

- Urgences Ophtalmologiques



**دكتور بوشعيب نشاط**

مائي في أمراض و جراحة العيون

سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

غشت بالبيضاء

بو الجمعية الأوروبية لجراحة تصحيح النظر

بو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

راحة العين : الكبار و الصغار

تصوير الرقمي لشبكة العين

لمعالجة بالليزر - تصحيح النظر

المستعجلات

**ORDONNANCE**

Casablanca 07/04/2021

**CHAHID Sadia**

8570

- TOBRADEX COLLYRE (Tobramyc. Dexaméthas)fl

1 goutte, 2 fois par jour, pendant 15 jours



Pharmacie Oumayma Casablanca  
Rue 49 Lx Oumayma Mosquée Oumayma  
Hay Inara, Ain Chock - Casablanca  
Tél.: 05 22 21 35 15

**Dr. BOUCHAÏB NACHAT**  
Ophtalmologiste  
Résidence Fateh I, Imm 12 N° 2  
Hay Mly Abdellah Bd. M. Qods  
Ain Chock - Casablanca  
Tél.: 05 22 21 35 15 - GSM: 06 61 98 66 06

**1**

شارع القدس إقامة الفتح 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء  
B.d ALQODS RESIDENCE AL FATHE 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbine 30) Ain Chock Casa  
Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat.b@hachem.ma

# OPTIQUE



# YOUNESS

ROKENEDDINE Mohammed

محمد ركن الدين

Souk Koréa Bloc (EF)

N°15 - Casablanca

Tél : 06 61 65 09 77

R.C : 247708

Patente : 45519260

ICE : 000885021000189

## FACTURE

N° 000586

TF: 3661440

سوق القرية بلوك (EF)

الرقم 15 - الدار البيضاء

الهاتف : 06 61 65 09 77

س.ت. : 247708

Casablanca, le

18/04/2021

M

CHAHID

Sadia

Doit

Docteur NACHAT Bachaib

Nomenclature N° 113 et 408

VL OD : cyl sph (-1.75; 168°)

350,00

OG : cyl sph (+0.25; -1.25; 28°)

350,00

VP OD : cyl sph Add. + 2.50

250,00

OG : cyl sph Add. + 2.50

250,00

4 Verres : 4 verres ALERBL 165

2 Montures : 2 montures

100,00

Facture arrêtée à la somme de :

Deux mille deux cents

2200,00

OK

OPTIQUE YOUNESS  
Souk Koréa, Bloc "EF"  
N°15 - Casablanca  
Tél : 06.61.65.09.77

Payé en espèces

D 90

OG 90

OPTIQUE YOUNESS  
Souk Koréa, Bloc "EF"  
N°15 - Casablanca  
Tél : 06.61.65.09.77

# Dr. NACHAT Bouchaib

## OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd  
20 Août Casablanca

- Membre de la société européenne de la chirurgie réfractive (Lasik)
- Membre de la société française d'ophtalmologie

- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants
- Explorations Oculaires
- Lasers - Lasik
- Urgences Ophtalmologiques



## الدكتور بوشعيب نشاط

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
20 غشت بالبيضاء

- عضو الجمعية الأوروبية لجراحة تصحيح النظر
- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

- جراحة العين : الكبار و الصغار
- التصوير الرقمي لشبكة العين
- المعالجة بالليزر - تصحيح النظر
- المستعجلات

ORDONNANCE  
07/04/2021

Casablanca le : .....

CHAHID Sadia

PAIRE DE LUNETTE + MONTURE

PROGRESSIFS

OPTIQUE YOUNESS  
Boulevard de la Casablanca  
N°15 - Casablanca  
Tél : 06.61.65.09.71

Oeil Droit : (-1,75) à 108° , Addition + 2,50

Oeil Gauche : +0,25 (-1,25) à 28° , Addition + 2,50

Dr. Bouchaib NACHAT

Ophtalmologiste  
Résidence Fathe 1, Imm 12 N° 2  
Hay Mly Abdellah Bd. Al Qods  
Ain Chock - Casablanca  
Tél.: 05 22 21 25 15 - GSM.: 06 61 98 66 06

1

شارع القدس إقامة الفتح 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء  
B.d ALQODS RESIDENCE AL FATHE 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbine 30) Ain Chock Casa

Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat-b@hotmail.fr



- D'un ulcère ou d'une lésion de la cornée (y compris après l'extraction d'un corps étranger sans complications)
- D'une mycose oculaire ou d'une parasitose oculaire non traitée

### Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales :

- Il est indispensable que le médecin contrôle régulièrement vos yeux tant que vous utilisez la suspension ophtalmique TOBRADEX.
- L'antibiotique (tobramycine) contenu dans ce médicament n'est pas efficace contre tous les micro-organismes provoquant des infections oculaires. L'emploi incorrect de la suspension ophtalmique TOBRADEX pourrait causer des complications. N'utilisez donc jamais ce médicament sans prescription médicale pour le traitement d'une maladie autre que celle dont vous souffrez ou pour d'autres personnes. Lors d'une nouvelle infection survenant plus tard, n'utilisez pas la suspension ophtalmique sans consulter votre médecin.
- Si vous développez une réaction allergique telle que des démangeaisons aux yeux, un gonflement des paupières, une rougeur des yeux, voire des réactions généralisées telles que rougeur de la peau, démangeaisons, papules sur la peau, anaphylaxie et apparition de vésicules sur la peau, interrompez le traitement et consultez votre médecin. Ces réactions allergiques peuvent également survenir lors d'autres traitements (par voie locale ou systémique) avec un antibiotique de même type (aminoglycoside). Si vous prenez d'autres antibiotiques en même temps que la suspension ophtalmique TOBRADEX, demandez l'avis de votre médecin.
- L'emploi prolongé de la suspension ophtalmique TOBRADEX peut provoquer une élévation de la pression intraoculaire.
- Présence d'une infection oculaire purulente.

Les corticostéroïdes peuvent masquer, activer ou aggraver une infection oculaire. En cas d'usage prolongé, la suspension ophtalmique TOBRADEX peut également provoquer une élévation de la pression intraoculaire. Si vous êtes traité avec la suspension ophtalmique TOBRADEX, restez sous surveillance de votre médecin. Évaluez la pression intra-oculaire régulièrement par votre médecin.

- Si les troubles traités avec la suspension ophtalmique TOBRADEX persistent, consultez immédiatement votre médecin.
- Si vous souffrez de maladies entraînant un amincissement des tissus de l'œil (cornée ou sclérotique), l'application locale de corticostéroïdes peut provoquer une perforation de l'œil.
- Si vous êtes diabétique (en particulier de type I), il existe un risque de cataracte. L'utilisation de corticostéroïdes chez les diabétiques accroît le risque de cataracte précoce et rapidement évolutive.
- En cas de gonflement du tronc et du visage (syndrome de Cushing), avertissez votre médecin. Ce risque est particulièrement important chez les enfants ou les patients qui prennent du ritonavir ou du cobicistat.
- La suspension ophtalmique TOBRADEX contient du chlorure de benzalkonium, un conservateur qui peut irriter les yeux et décolorer les lentilles de contact souples. Évitez tout contact du médicament avec des lentilles de contact souples. Pendant le traitement avec la suspension ophtalmique TOBRADEX, attendez au moins 15 minutes après l'application avant de remettre les lentilles.
- Il est conseillé de faire attention lorsque la suspension ophtalmique TOBRADEX est utilisée concomitamment avec un mydriatique (médicament pour la dilatation de la pupille), car on ne peut pas exclure que cette combinaison puisse conduire à une augmentation de la tension intra-oculaire.



6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura  
 Tobradex® collyre en suspension, 5 ml  
 AMM N°: 524/18 DMF/21/ NTO  
 Boîte de 1 flacon.  
 PPV : 35,70 DHS

406834 MA