

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Médecine 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.

## Éducation :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

7535F

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9424

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TOUIMI BENJELLOUN IBRAHIM

Date de naissance : 19/12/1973

Adresse : 13 RUE 10 LOT YOUSSEF CALIFORNE

CASA

Tél. : 06 64 47 21 55 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/06/2021

Nom et prénom du malade : TOUIMI BENJELLOUN IBRAHIM

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection oreil

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 : CASA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE 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
28/06/2021	21 Cg (C2)		250 DHS.	<p>DR. TAZI MED Spécialiste ophtalmo Matras 45 et Chambre du Dr. Gourab Orelie 132, Boulevard de la Liberté, El Jadida, Maroc C.D. Shital, Casablanca Tél.: 05 22 57 67 49 - GSM: 06 69 99 33 33</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08-06-21	311,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

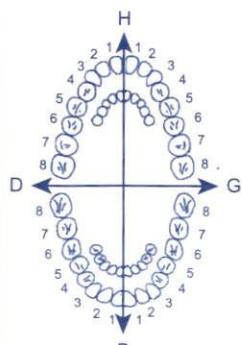
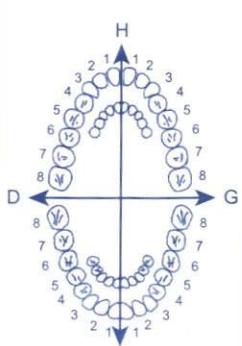
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE 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 Je traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	G	21433552		00000000		00000000	D	00000000	B	00000000		35533411		11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	G	21433552																	
	00000000		00000000																	
D	00000000	B	00000000																	
	35533411		11433553																	
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور التازي محمد نبيل  
Dr. Tazi Mohammed Nabil

### SPÉCIALISTE O.R.L

Maladies et Chirurgie des Oreilles,  
du Nez et la Gorge  
Exploration Surdité  
(Audiogramme - PEA)  
Chirurgie Thyroïdienne (Goître)  
Traitement de l'allergie - Vertiges  
Pathologie du ronflement.

اختصاصي في جراحة الأنف - الأنف والحنجرة  
جراحة الوجه والعنق - جراحة الكواتر  
والجراحة المجهريّة بالليزر  
تشخيص وعلاج الصمم والدوخة  
علاج الحساسية والشخير

Casablanca, Le :

**08 juin 2021**

**Mr. TOUIMI BENJELLOUN IBRAHIM**

136,20

NASONEX 120 DOSES



NASONEX 50 µg/doce  
Suspension pour pulvér.  
Flacon de 120 doses  
P.P.V: 136,20 DH  
Distribué par MSD Maroc



PPV: 22DH20  
PIR: 03/23  
LOT: K655



22,2  
CODOLIPRANE

(après repas)

1 cp matin, midi, et soir pendant 3 jours

42,00  
PREDNI 20

avant petit dej

3 Comprimés le matin pendant 4 jours

111,00  
ERAXIN 500MG CP (BOITE DE 7)

1 cp/j pendant 7 jours



22-24 Rue Loubier Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca  
LOT P.P.V: 111,00  
PIR:

311,40

*Dr. TAZI Med Nabil  
Spécialiste en O.R.L.  
Maladies et Chirurgie Naso-Oral-Gorge, Oreille  
132 Boulevard Idriss II - Casablanca (3)  
TAL: 05 22 57 67 49 - GSM: 06 69 99 33 33*

132, Boulevard Idriss El Harti  
Jamila (3) C.D - Sbata - Casablanca  
Tél : 05 22 57 67 49  
GSM : 06 69 99 33 33  
E-mail : drtazinabil@gmail.com

132، شارع إدريس الحارتي جميلة 3  
قرية الجماعة - سباتة - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 57 67 49  
06 69 99 33 33  
المحمول :