

# 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.

## 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.

## 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.

## Prothèse :

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 061266

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2836

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSABIH EL IMRANY MOSTAFA

Date de naissance : 28 NOV 1943

Adresse : VILLA DOUNIA, RUE CANAL DESUEZ AN DIAR  
CASA

Tél. : 0661160198 Total des frais engagés : 533,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/03/2022

Nom et prénom du malade : BENSABIH JAWAHER Age : 78

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhumatisme

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


Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 21/11/2022


Autorisation CNDP N° : AA-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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11/3/12         | C2                |                       | 3002                            | <br><b>DOCTEUR SAAD TAZI</b><br>653, rue Goulmina Bourguigne<br>Casablanca - Tél.: 0522 20 85 45<br>Fax: 0522 20 85 45<br>BOITE POSTALE: 0911335545 |
|                 |                   |                       | 2                               |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la facture |
|--|----------|-----------------------|
| <br><b>PHARMACIE</b><br>2, rue de la République<br>Casablanca | 11.03.12 | 239,50                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

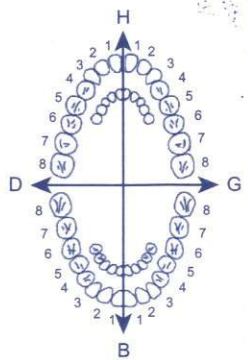
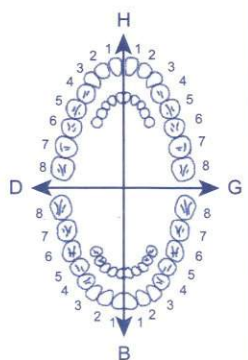
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|--|--|------------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
|   |  |                  |  | CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table> |                  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | 25533412   | 21433552         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | D  | G                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | 35533411   | 11433553         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | B  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |  | 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 Saâd TAZI

Diplômé de la faculté de médecine de PARIS

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie  
des oreilles, du Nez et de la gorge (O.R.L.)

Medecine esthétique : DU de dermatologie Interventionnelle

Diplôme en Oncologie de la Face et du Cou

Chirurgie plastique et réparatrice de la Face et du Cou

Diplôme dans le diagnostic et la rééducation des vertiges

Explorations fonctionnelles Oto-Neurologiques

Audiométrie - VNS - VNG - VHIT

Implantation Cochléaire



## الدكتور سعد التازي

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف و الأذن و الحنجرة

دبلوم أنكلوجيا الوجه و العنف

الطب التجميلي

الجراحة التقيويمية و التجميلية للوجه و العنق

دبلوم في تشخيص و علاج أمراض الدوخة و عدم التوازن

جراحة الصمم و زرع قوقعة الأذن

11.03.2022

Mme Bensabih. Jemelha.

Résultat.

2 pulvérisations de chaque  
narine 1 seule fois

lencus

14 le soir

azur

14 le soir

DOCTEUR SAAD TAZI  
653, Rue Goulmima Bourgogne  
Casablanca - Tél. : 0522 20 85 45  
INPE : 091133900

PHARMACIE RAIS  
Dr. Omar RAIS  
653, Rue de la Mer Bataou  
Ain Oub - Casablanca  
0522 20 85 45 / 091133900

653, زنقة كلميمة، إقامة لوفر - بوركون - الدار البيضاء

653, Rue Goulmima Rés. Le Louvre Bourgogne - Casablanca - Tél./Fax: 05 22 20 85 45 - sur rendez-vous

I.C.E: 001655341000095 - INPE : 091133900