

**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.

**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

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- 0053522

MUPRAS  
RECEPTION 9

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 5954 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre  
Nom & Prénom : DIBDUNE EL MOSTAFA  
Date de naissance : 26/02/1961  
Adresse : Habituelle  
Tél. : 0661550569 Total des frais engagés : 314,80 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :  
Dr. BENLYAZID EL NASANI A III  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie Oncologique de la Face et du Cou  
119, Bd. Abdoumoumen - Casablanca  
CE 091918330002 - IF 1447065 INPE 011 2052  
Date de consultation : 19/02/2022  
Nom et prénom du malade : CHERGUT KUADJA Age: 44 Ans  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Héberbia ORL  
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 : Deraoua Le : 19/02/2022  
Signature de l'adhérent(e) :



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
19/02/22			300,00	Dr. BENLYAZID EL HAS SANI Oto-Rhino-Laryngologie Chirurgie Otorhinolaryngologique de la Face et du Cou 119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca ICE:001918336000002 - IF:14477065 INPE:0911 2052

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUMA 44 lotissement el wafaa Deroua Fix : 05.22.53.20.54	19/2/22	14,80

**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 d

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

44150

en 3ème étage N 26 - Casablanca  
الطابق 3 رقم 26 طابق الثالث  
E-mail : drbenlyazid@gmail.com / GSM : 06 62 63 07 03 - IF : 1447705 / INPE : 091169052

DR. BENLYAZID EL HAS SANI A JIL  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie Oncologique de la tête et du cou  
119, Bd. Abdoumoumen - Casablanca  
ICE001918333000002 - IF:1447705 - INPE:0911 3052

PHARMACIE EL OUMUMA  
244 lotissement el wafaa  
Deraoua  
Fix : 05.22.53.20.54

Handwritten notes and stamps:  
- "Dossier" (Dossier)  
- "S.V." (Stamp)  
- "28/1/15" (Date)  
- "28/1/15" (Date)  
- "28/1/15" (Date)  
- "28/1/15" (Date)  
- "28/1/15" (Date)

PHARMACIE EL OUMUMA  
244 lotissement el wafaa  
Deraoua  
Fix : 05.22.53.20.54

Dr. Adil Benlyazid

Casablanca, le 19/08/2022

رئيس سابق في كلية الطب (تور فرانس)  
جراحة أعضاء الوجه و العنق  
التخصصي في جراحة السرطان  
الأنف، الأذن و الحنجرة  
التخصصي في أمراض و جراحة



- Oto-Rhino-Laryngologie (Toulouse-France)
- Ancien Praticien à l'Institut Claudius Regaud
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Chirurgie de la face et du cou
- Chirurgie Cancérologique

د. عادل بن اليزيد

Dr. Adil Benlyazid