

## 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](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)

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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-670617

122371



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	1796	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BOUCEDDAR ABDEL GUAN	
Date de naissance :		17 Juillet 1953	
Adresse :		lot ASMAA FAKIR n°10 TARGA MARRAKECH	
Tél. :		0671363448	
		Total des frais engagés : Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/07/2022

Nom et prénom du malade : BOUCEDDAR RAYAUE Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Nasale

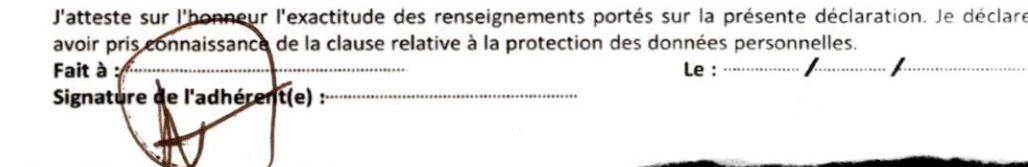
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :

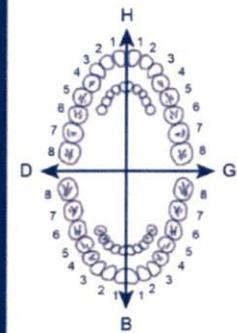
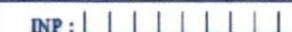


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/02/22	C 2 + K 10		400 =	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/2/22	239 50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M	I V

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 de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
	<b>SOINS DENTAIRES</b> <b>Dents Traitées</b> <b>Nature des Soins</b> <b>Coefficient</b>  <b>INP :</b> 	COEFFICIENT DES TRAVAUX 																
		MONTANTS DES SOINS 																
		DEBUT D'EXECUTION 																
		FIN D'EXECUTION 																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX 																
		MONTANTS DES SOINS 																
		DATE DU DEVIS 																
		DATE DE L'EXECUTION 																
		<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553	
		H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000																
B	00000000	35533411																
G	11433553																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>  <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b> 																		

DOCTEUR SAAD TAZI

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE  
CHIRURGIE MAXIMO FACIALE  
CHIRURGIE DE LA SURDITE  
SPECIALITE VERTIGES  
CHIRURGIE ESTHETIQUE DE LA FACE  
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS  
MEMBRE DE LA SOCIETE FRANCAISE D'ORL

الدكتور التازي بعد

أخصائي أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنجرة  
 وجراحة الوجه والعنق  
 الجراحة التقويمية والجمالية للوجه  
 خريج كلية الطب بباريس  
 عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الأنف والحنجرة

Casablanca, le 08.01.2022.

Bouchouch - Bouraoane

Ca va copne K10

  
Dr. SAAD TAZI  
653, Rue Goulimima Bourgogne  
Casablanca - Tel.: 0522 20 85 45  
INPF: 09133900

653 زنقة كلمية الطابق الأول - بورفون - الهاتف / فاكس : 05 22 20 85 45  
بالموعد

653, Rue Goulimima 1<sup>er</sup> étage - Bouraoane - Casablanca - Tél/fax : 05 22 20 85 45 Rendez-vous

TP : 35460202 - IF : 41404843 - I.C.E : 001655341000095

# 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 والاذن والحنجرة

دبلوم انكلوبيا الوجه والعنق

الطب التجميلي

الجراحة التقويمية والجمالية للوجه والعنق

دبلوم في تشخيص وعلاج أمراض الدوقة وعدم التوازن

جراحة الصمم وزرع قوقعة الأذن

08.07.2022

Bouchons Rongeur.

110.50

+/ Metanaz



2 pulvres. de dosage  
manue 1 for jour.

129.50

+/ Curaler

1 g de sou  
Renalt 30 J

739.50

**CurAler®**  
Quercetine - Curcumine

LOT: B201201001  
PER: 12/2023  
PPC: 129.50dh

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
TAZI - Casablanca - Maroc



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

LOT: GA10457  
PER: 08/2023  
PPV: 110 DH 00

Goulimma Rés. Le Louvre Bou

I.C.E: 001

من - الدار البيضاء

ETANAZ® 50 µg

Suspension pour pulvérisation nasale



653، زنقة كلميمية، إق.

ca - Tél./Fax: 05 22 20 85 45 - sur rendez-vous

INPE : 091133900