

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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 (t.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-810061

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 1750 Société : B A D

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AJIB Fatima

Date de naissance : 10/11/1950

Adresse : Habituelle

Tél : 0661322301

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/2023

Nom et prénom du malade : AJIB Fatima Age : 73 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Arthralgies + tumeurs veineux

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 : 23/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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 |
| 20-11-23                       | C3                |                       | 200,00                          | INP : 091246744                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |

*Dr TAZI OTTOMAN LAHOUCHE  
Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris  
Dentiste Générale - ECO  
Scholarship - El Beira 2011  
Tél: 05 22 23 59 13 Gsm: 06 19 41 11 80*

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                               |          |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                  | Date     | Montant de la Facture |
| Pharmacie NOUR<br>KARIMIA<br>108, Ang. de la rue de la République et Ed.<br>de Abdou Karim Kassabian<br>Tél: 0021 20 11 | 22/11/23 | 305,30                |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
| 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 |
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                         |                                              |          |          |         |         |   |   |         |         |          |          |   |  |                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------|----------|---------|---------|---|---|---------|---------|----------|----------|---|--|----------------------------------------------|--|
| Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                         |                                              |          |          |         |         |   |   |         |         |          |          |   |  |                                              |  |
| Important :<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                         |                                              |          |          |         |         |   |   |         |         |          |          |   |  |                                              |  |
| SOINS DENTAIRES                                                                                                            | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nature des Soins                         | Coefficient                             | INP : <input type="text"/>                   |          |          |         |         |   |   |         |         |          |          |   |  |                                              |  |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                         | 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.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                                                              | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                         |                                              |          |          |         |         |   |   |         |         |          |          |   |  |                                              |  |
|                                                                                                                            | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                                          | H                                       |                                              | 25533412 | 21433552 | 0000000 | 0000000 | D | G | 0000000 | 0000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|                                                                                                                            | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                          |                                         |                                              |          |          |         |         |   |   |         |         |          |          |   |  |                                              |  |
|                                                                                                                            | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 21433552                                 |                                         |                                              |          |          |         |         |   |   |         |         |          |          |   |  |                                              |  |
|                                                                                                                            | 0000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0000000                                  |                                         |                                              |          |          |         |         |   |   |         |         |          |          |   |  |                                              |  |
|                                                                                                                            | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | G                                        |                                         |                                              |          |          |         |         |   |   |         |         |          |          |   |  |                                              |  |
|                                                                                                                            | 0000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0000000                                  |                                         |                                              |          |          |         |         |   |   |         |         |          |          |   |  |                                              |  |
|                                                                                                                            | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 11433553                                 |                                         |                                              |          |          |         |         |   |   |         |         |          |          |   |  |                                              |  |
|                                                                                                                            | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                          |                                         |                                              |          |          |         |         |   |   |         |         |          |          |   |  |                                              |  |
|                                                                                                                            | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | 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



# Docteur Othman L.TAZI

Médecine Générale - Médecine du Travail

ECG - ECHOGRAPHIE

Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris - France

الدكتور عثمان الحسين التازي

الطبيب العام - طب الشغل

التخطيط الطبي - الفحص بالصدى

طبيب سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

Casablanca, le 20/11/2023 في الدار البيضاء ،

133.60 M<sup>me</sup> Afib Fatima

1° Dionevor 600 mg ep

29.51 ep/j le matin pdt 01 mois

2° Vegebam baume

42.61 app x 2 à 3/j pdt 07 à 10 jours

3° Mobie 7,5 mg ep

40.61 ep/j à midi pdt 14 jours

4° Dcure forte amp buv

1 amp/mois pdt 03 mois

305,30

Dr TAZI OTHMAN LAHOUSINE  
Ancien Médecin des Hôpitaux de Paris  
Médecine Générale  
Echographie - ECG

Dr Othman Lahoussine  
Rue Ibnou Katir - Résidence EL Beida - Imm. A - Appt N° 2 (RDC) - Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 13 - 05 22 23 49 13

زنقة ابن كثير ، إقامة البيضاء - عمارة A - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء

Rue Ibnou Katir - Résidence EL Beida - Imm. A - Appt N° 2 (RDC) - Casablanca

مستعجلات : 06 61 30 23 00 / الهاتف : 05 22 23 49 13 - E-mail : drothmantazi@gmail.com

13260  
LOT: 01220  
PER: 01/22/20

PPV: 42DH60  
PER: 06/26  
LOT: M2020

LOT: 08772011  
PER: 08/2025  
PPV: 79,500  
BA

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23B09  
EXP: 02/2026