

# 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
- ☐ 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.

**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° P19- 048069

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1166 Société : Ram  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : Meka Ouhmi  
 Date de naissance : 1948  
 Adresse : 46 Rue Sallam El Kouda  
 A. Benchi  
 Tél. : 0611 89 77 51 Total des frais engagés : 630,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TAZI Med Nabil  
 Spécialiste en O.R.L.  
 132, Bd Idriss El Harti, Jamila (3)  
 C.D. - Casablanca  
 Tél.: 05 22 57 67 49 - 05 22 06 69 99 33 33  
 INPE : 091186841

Date de consultation : 03/08/2022  
 Nom et prénom du malade : OUHMI ROHA Age : 74  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 6/9/2022

### 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                                                                                                                |
|-----------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 03 AOUT 2022    | C.S. + Neurophysiologie (S + K10) |                       | 509.00                          | Dr. TAZI Med Nabil<br>Spécialiste en O.R.L.<br>133 Bd Idriss El Harti, Jangila (3)<br>C.D - Sbat - Casablanca<br>Tél: 05 22 57 67 49 - Gsm: 06 69 99 33 33<br>INPE: 091186841 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                          | Date     | Montant de la Facture |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| PHARMACIE<br>Helima MARIAM PHARMACIENNE<br>93 Bd Mohamed VI - Casablanca<br>Tél: 05 22 32 40 68 | 03/08/22 | 130.80                |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

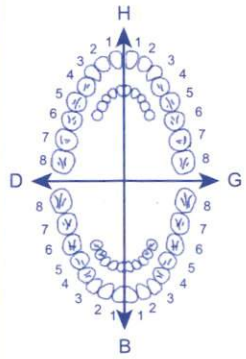
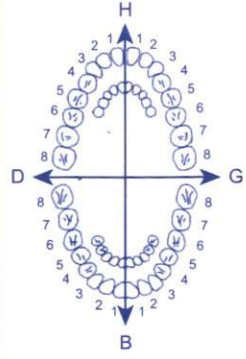
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 de l'ODF.

| 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"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                         |                                              |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | [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



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 (Go tre)  
Traitement de l'allergie - Vertiges  
Pathologie du ronflement.

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

03 août 2022

Mr. OUHMI MOHA

Casablanca, Le : .....

83,0

DOCIVOX SPRAY

2 pulv x3/j

42.80

DASEN

2 comprimés, 2 fois par jour, après repas

8 - 130.80.

PHARMACIENNE  
Hajima Nabil  
93 Bd Mohammed VI, Casablanca  
Tél : 05 22 57 67 49

Dr. TAZI Med Nabil  
Spécialiste en O.R.L  
132 Avenue Idriss El Harti, Jamila (3)  
C.D - Sbata - Casablanca  
Tél : 05 22 57 67 49 - Gsm : 06 69 99 33 33  
INPE : 091186841

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  
المحمول : 06 69 99 33 33

# DASEN® 10.000 UI

PPV :

EXP :

Lot N° :

47,80

DASEN® 10 000 UI 

*Serrapeptase*

40 Comprimés enrobés gastro-résistants



6 118000 131064

Comprimés gastro-résistants, boîte de 40.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ENZYMOTHERAPIE à visée antioédémateuse et fluidifiante

(M : Système locomoteur)

(M : Système respiratoire)

**Exploitant/Fabricant :**

**Laboratoires SYNTHEMEDIC**

20-22, Rue Zoubeir Bnou Al auouam. Roches Noires - Casablanca

## DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament, modificateur des sécrétions bronchiques, est indiqué en cas d'affection respiratoire récente avec difficulté d'évacuer les crachats.

Il est également utilisé pour traiter les œdèmes consécutifs à un traumatisme ou une intervention chirurgicale.

## ATTENTION !

### DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie connue à l'un des constituants notamment à la serrapeptase (enzyme).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de réaction allergique, le traitement doit être arrêté immédiatement et définitivement.

Un avis médical est nécessaire :

- en cas de fièvre, de crachats gras ou purulents,
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique (au long cours) des bronches et des poumons.

Ce traitement doit toujours être accompagné d'efforts volontaires de toux permettant de cracher. La prise simultanée d'un médicament destiné à calmer la toux est donc illogique.

Ne pas prendre de médicament asséchant les sécrétions bronchiques durant la période de traitement.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS,



# Docivox<sup>®</sup> Spray gorge

Spray  
Voie orale

Calme l'irritation et Soulage

Deva

## PROPRIETES :

**Docivox Spray gorge** offre l'avantage d'une application directement la muqueuse oro-pharyngée pour un effet

**Docivox Spray gorge** est doté d'un embout pulvérisateur du produit notamment sur les parties de l'oropharynx

**Docivox Spray gorge** est à base d'actifs naturels ayant des propriétés et calmantes.

Grace à ses propriétés, Docivox Spray gorge est un adjuvant spécifique pour le traitement des états inflammatoires de la sphère oropharyngée provoqués par le froid, les allergènes, la fumée, la pollution, la poussière et autres agents externes.

**Docivox Spray gorge** permet un confort de la gorge irritée par soulagement des symptômes accompagnateurs tels qu'une sécheresse de la gorge, des picotements ou une difficulté à déglutir.

**Docivox Spray gorge**, grâce à sa formulation sans alcool ni conservateurs est adapté aussi bien à l'adulte qu'à l'enfant.

**Docivox Spray gorge** au goût miel - citron est apprécié par l'adulte et l'enfant.

## COMPOSITION :

Extrait fluide de Thym; Miel, Citron (arômes); Glycérol; Glycosides de stéviol, Eau purifiée.

## CONSEILS D'UTILISATION :

Adulte et Enfant à partir de 3 ans : Introduire l'embout pulvérisateur dans la gorge. Administrer 1 à 3 pulvérisations. Répéter l'opération 4 à 8 fois durant la journée si nécessaire.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Ne pas utiliser chez les personnes présentant une hypersensibilité à l'un des composants du produit.

Avant l'utilisation, vérifier que l'embout soit bien inséré sur le flacon.

Après ouverture, à conserver dans un endroit frais, sec et à l'abri de la lumière et à consommer dans un délai de 4 semaines.

Tenir hors de la portée des enfants.

Ne peut être utilisé comme substitut d'une alimentation variée et équilibrée et d'un mode de vie sain. Complément alimentaire. N'est pas médicament.

Autorisation Ministère de la Santé : DA20201904513DMP/20UCA/MAV2

## CABINET ORL DR TAZI NABIL

132, bd Idriss El Harti Jamila (3) Sbata - CASABLANCA

TEL : 0522 57 67 49

Dr. TAZI Med Nabil  
Spécialiste en O.R.L.  
132, Bd Idriss El Harti Jamila (3)  
C.O. Sbata - Casablanca  
Tél: 05 22 57 67 49 - Gsm: 06 69 99 33 33  
INPE: 091186841

### NOTE D'HONORAIRES NASOFIBROSCOPIE

Le ..... 03 AOUT 2022

Reçu la somme de

..... 1500,00 € (Cinq Cent Cinquante) .....

De Mr, Melle, Mme

..... OUHRI MOHA .....

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C2 + K10).



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 (Go tre)  
Traitement de l'allergie - Vertiges  
Pathologie du ronflement.

اختصاصي في جراحة الانف - الاذن والحنجرة  
جراحة الوجه والعنق - جراحة الكواتر  
والجراحة المجهرية بالليزر  
تشخيص وعلاج الصمم والدوخة  
علاج الحساسية والشخير

Casablanca, Le : 03 AOUT 2022

**MR. OUHMI MOHA**

Motif: DYSPNEE

**COMPTE RENDU DE NASOFIBROSCOPIE**

Après méchage des fosses nasales a la xylocaine naphthazolin e    
5% et l'introduction du fibroscope par la narine droite,  
progression derrière le voile

L'examen montre:

- Fosses nasales: muqueuse d'aspect normal, hypertrophie  
turbinaire
- Cavum : libre
- Base de langue: d'aspect normal
- Vision panoramique du larynx
- Vestibule laryngé: d'aspect normal
- Fente glottique réduite
- Course des cordes vocales limitée   gauche ( paralysie  
corde vocale gauche + ary no ide)
- Sinus piriformes: libres

CONCLUSION:

- Paralysie laryngée   gauche

Dr. TAZI Med Nabil  
Spécialiste en O.R.L.  
132, Bd Idriss El Harti, Jamila (3)  
C.D - Sbata - Casablanca  
Tél : 05 22 57 67 49 - Gsm : 06 69 99 33 33  
INPE : 091186841

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  
المحمول : 06 69 99 33 33