

## 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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

### 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° W21-776493

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12292 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHLI HICHAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661644546 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15-12-2022

Nom et prénom du malade : MAHLI AL

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

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHERENT



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
15/12/2022	Examen labyrinthe		400,000	INP: 0911472018 Docteur Abdelhak STE O.R.L. SPEC: 11 EL KHAIRA - Moul 07 33 31

[illegible][illegible][illegible]

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

<b>SOINS DENTAIRES</b>		<b>Traitées</b>	<b>Souffertes</b>											
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>									
						<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>								
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>										
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>									
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>												
	<div style="margin-bottom: 10px;"> <b>H</b>  <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span><b>D</b></span> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table> <span><b>G</b></span> </div> <div style="margin-top: 10px; text-align: center;"> <b>B</b> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>										
			<b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور الزيزي عبد الحق  
Docteur ZIZI Abdelhak

**O.R.L** Diplômé de la faculté de Médecine de Paris  
Membre de la Société Française d'O.R.L

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض و جراحة : الأنف - الحلق - الأذن - و العنق - الصمم و الدوخة  
Spécialiste dans les Maladies et Chirurgie : NEZ - GORGE - OREILLE - COU - SURDITES - VERTIGES  
DIPLOME DE REEDUCATION DU VERTIGE ET DES TROUBLES DE L'EQUILIBRE

Casablanca le 25/12/2022 في الدار البيضاء،

MAHLI  
ALI

Docteur ZIZI Abdelhak  
SPECIALISTE O.R.L  
93, BD MASSIRA EL KHADRA - Maârif  
Tél : 022 25 93 89 - 05 22 98 10 30 - 06 61 56 67 43

vertige aiguë avec névrite  
ou vestibulogénique (K10).

Docteur ZIZI Abdelhak  
SPECIALISTE O.R.L  
93, BD MASSIRA EL KHADRA - Maârif  
Tél : 022 25 93 89 - 05 22 98 10 30 - 06 61 56 67 43

**Docteur ZIZI Abdelhak**

*Spécialiste ORL*

*Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris*

*Membre de la Société Française d'ORL*

*Explorations des Surdités et du Vertige*

***D.I.U de Rééducation du Vertige et des Troubles de l'Equilibre***

**MAHLI ALI**

**Note d'honoraires**

**LE 15 /12/2022**

**I.C.E :001602585000062**

**I.N.P: 091142018**

Désignation	Nombre	Prix Unitaire T.T.C	Prix Total T.T.C
C <sub>s</sub> +K <sub>10</sub> Consultation spécialisée+examen labyrinthique	1	400.00	400.00
<b>TOTAL</b>			<b>400,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cent dirhams.

Docteur ZIZI Abdelhak  
SPÉCIALISTE O.R.L.  
93, BD MASSIRA EL KHADRA - Maârif  
Tél : 022 25 93 89 - Tola / Fax : 022 23 37 71  
Signé :

93, Bd Massira El Khadra, Résidence SOROUR Tel : 022 25 93 89 / 022 98 10 30

0522 23 23 15 Email : ziziabdelhak@gmail.com

Fax :