

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE 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

M22- 54800

171956

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAMAYED ELMILI RAFIK
Date de naissance : 27/03/35
Adresse : 11 Rue de la Mer Belgique Ain Diah
Tél. : 0645315315 Total des frais engagés : 800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Docteur ZIZI Abdella
SPECIALISTE O.R.L.
93, BD MASSIRA EL KHADRA - Mair
Tél. : 022 22 04 03 - 022 22 04 04

Date de consultation : 24/05/2023
Nom et prénom du malade : A. HAMAYED ELMILI RAFIK Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Pulvis Hypertension
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 enseignements 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 : 16/08/23

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
24/05/2023	G + K 10		400,00dh	
	K 25		400,00dh	
	Examen clinique		800,00dh	
- Audiogramme complet				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/05/2023	50,120

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

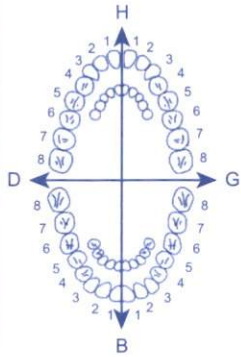
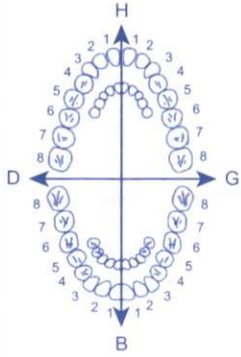
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				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

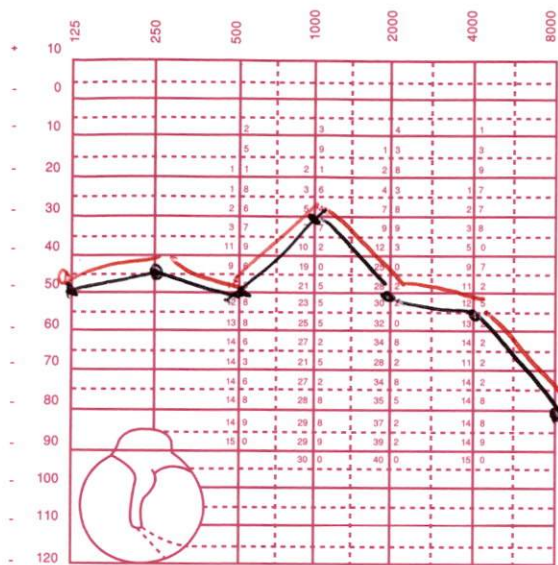
[illegible]

Date 24-05-2023

Type de l'intervention :

Docteur ZIZI Abdouhak
SPECIALISTE
13, BO MASSIRA EL KHADIM
01-000-000-000

→ Audi 2 Murs



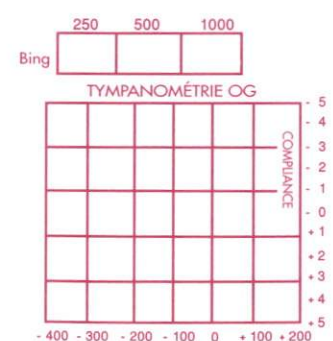
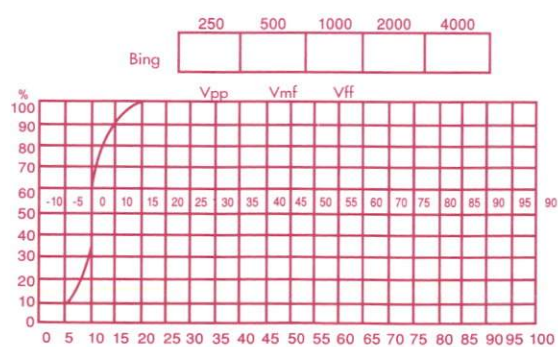
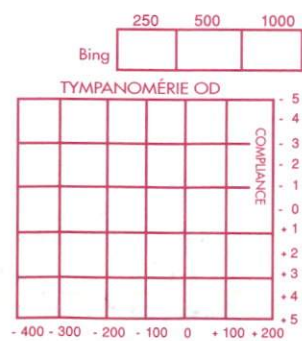
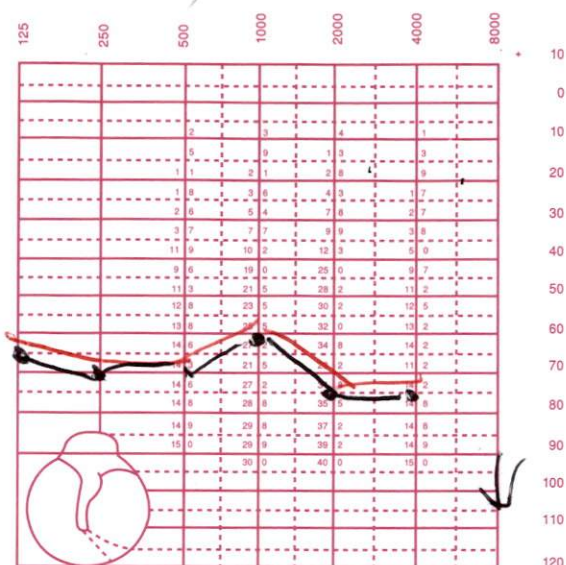
PERTE AUDITIVE

	O.D.	O.G.
500		
1000		
2000		
4000		
Totaux		

BOX 7 =
MOX 1 =

Total 8

Perte Binaurale en %



I.C.A. = + + - - =

PHARMACIE RAIS
OMAR RAIS
62 RUE DE LA MER BALTIQUE AIN DIAB
CASABLANCA

Tél : 022798152

24/05/2023

Client : MR HAMAYED ELMILI RAFIK

FACTURE N° : 7710 du 24/05/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	TANGANIL 20 COMP	50,10	50,10	7%

Total TTC 50,10

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
CINQUANTE DIRHAMS ET DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	46,82	3,28	50,10
		46,82	3,28	50,10

PHARMACIE RAIS
Dr. Omar RAIS
62, Rue de la Mer Baltique
Ain Diab Casablanca



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 : 24/05/2023 في الدار البيضاء،

9. HANAYED ELNIL
RAFIK

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L.
93, Bd MASSIRA EL KHADRA - Maârif
Tél : 022 25 93 89 - Fax : 022 23 23 15



Lot Tangoul Rav

my

Handwritten signature or mark.

PHARMACIE RAIS
Dr. Omar RAIS
62, Rue de la Mer Baltique
Ain Diab Casablanca

Tél.: 05 22 25 93 89 - Fax : 05 22 23 23 15 - E-mail : ziziabdelhak@gmail.com

93، شارع المسيرة الخضراء المعاريف إقامة السورور - الدار البيضاء
93, Bd. Massira El Khadra Résidence SOROUR - Maârif - Casablanca

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

MR.HAMAYED EL MILI RAFIK

Note d'honoraires

LE 24/ 05/ 2023

I.C.E :001602585000062

I.N.P: 091142018

Désignation	Nombre	Prix Unitaire T.T.C	Prix Total T.T.C
C _s +K ₁₀ Consultation spécialisée +examen labyrinthique	1	400.00	400.00
K ₂₅ Audiogramme complet	1	400.00	400.00
TOTAL			800,00

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

Signé :

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L
93, Bd MASSIRA EL KHADRA - MADRÈ
Tél : 0522 25 93 89 / 0522 98 10 30