

## 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.

DA 226

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b> | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>     | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> | <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                     |  |   |  |
| Matricule : <b>11095</b>                           | Société : <b>Royal air maroc</b>             |   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b> | <input type="checkbox"/> <b>Autre :</b> | <b>CHAMI MUSTAPHA</b>                  |
| Nom & Prénom : <b>CHAMI MUSTAPHA</b>               |  |   |  |
| Date de naissance : <b>23/08/1975</b>              |  |   |  |
| Adresse : <b>Im, 13, rue Zaytoun Hayat Massira</b> |  |   |  |
| Tél. : <b>06 67 81 24 69</b>                       | Total des frais engagés : <b>614,20</b> Dhs  |   |  |

|   |  |  |            |
|---|--|--|------------|
| <b>Cadre réservé au Médecin</b>   |  |  |            |
| Cachet du médecin :   |  |  |            |
| <b>Docteur ZIZI Abdelali<br/>PEDIATRE<br/>57, Rue Omar Slaoui - CASA<br/>Tel: 0522 27 52 54 - D: 0522 50 50 04</b>  |  |  |            |
| Date de consultation : <b>16/07/2022</b>  |  |  |            |
| Nom et prénom du malade : <b>CHAMI YACOUB</b>   |  |  |            |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> | <input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> | <b>Age</b> |
| Nature de la maladie : <b>Hypertension</b>  |  |  |            |
| 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**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **26/08/2022**

**TCK**

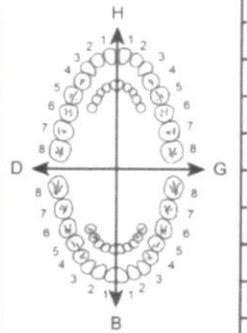
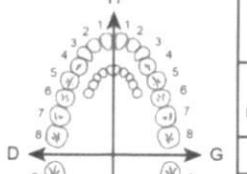
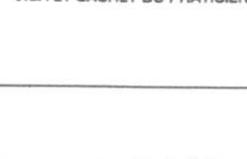


| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes   |
| 16.7.                          | Q                 | 1                     | 250 DH                          | INP : 09M41986<br>Docteur ZIZI Abdeljalil<br>PEDIATRE<br>57, Rue Omar Slaoui - CASA<br>Tel.: 0522 27 52 54 - D.: 0522 50 50 04 |
| 22                             |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |           |                       |
|---|-----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date      | Montant de la Facture |
| <i>PHARMACIE DU PARC<br/>Dr. Latifa TAHIRI<br/>223, Av. Hassan II - Casablanca<br/>Tel: 0522 77 95 13</i> | 16-7-2022 | 364,00                |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX               |                |        |    |                                 |    |
|------------------------------------|----------------|--------|----|---------------------------------|----|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    | Montant détaillé des Honoraires |    |
|                                    |                | AM     | PC | IM                              | IV |
|                                    |                |        |    |                                 |    |
|                                    |                |        |    |                                 |    |
|                                    |                |        |    |                                 |    |

| 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF |  |  |  |  |
|    | <b>SOINS DENTAIRES</b><br>Dents Traitées<br>Nature des Soins<br>Coefficient<br>INP :   |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   | <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b><br><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br>H 25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000<br>35533411 11433553<br>G<br>B |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|                                        | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession   |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |  |  |  |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |  |  |  |  |

**Docteur Abdelali ZIZI**

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

**P E D I A T R E**

57, Rue Omar Slaoil

**C A S A B L A N C A**

Télé. : Cabinet : 27-52-54

Domicile : 25-88-18

**الدكتور عبد العالى الزيزى**

**أمراض الاطفال والرضيع**

57، زنقة عمر الملاوي

دار البيضا،

العيادة : 27.52.54

المنزل : 25.88.18

16 JUIL. 2022

**CHAMI YACOUB**



1. Arégi 1/2 N

2 verlet x 2 n° 12

2. Womix

36400

Docteur ZIZI Abdelali  
PEDIATRE  
57, Rue Omar Slaoil - CASA  
Cab: 0522 27 52 54 - D: 0522 50 50 04

PHARMACIE DU THIRI  
123, AV Hassan II - Casablanca 20623  
Tél: 0522 27 52 54 / 0522 32 06 28