

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

N° W19-504281

246698

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 11095		Société : Royal air maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAMI YOUSSEpha			
Date de naissance : 23/09/1975			
Adresse : Ain chifa 03, Rue 25, Apt 13, Casab			
Tél. : 0667812469		Total des frais engagés : 402,90	Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <b>docteur ZIZI Abdelali PEDIATRE 57, Rue Omar Slaoui - CASA Tél.: 0522 27 52 54 - D: 0522 50 50 04</b>	
Date de consultation : 16/10/2023	Age:
Nom et prénom du malade : CHAMI YACOUB	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : I HARYN CITE	
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 : 25/10/2023

Signature de l'adhérent(e)

ck

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de mal

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
16.1.- 23.	G	1	260 DT	INP : 091AU1886  Docteur ZIZI Abdelali PEDIATRE ✓ 57, Rue Omer Saouli - CASA +216 52 27 52 54 - D. 0522 50 50 04

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur.	Date	Montant de la Facture
Dr. ASRI Iham INPE : 0920474533 El Fida 1260 - Casablanca - Tel : 0524 262939 ICE : 00000000015	15/11/23.	152,90
Dr. Hachie Ouled Zouhair INPE : 0920474533 El Fida 1260 - Casablanca - Tel : 0524 262939 ICE : 00000000015		

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

CHERENT

la fourniture de tous

#### **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRE

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">H</th><th style="width: 50%;">G</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td><td style="text-align: center;">21433552 00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td><td style="text-align: center;">00000000 11433553</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">■</td><td style="text-align: center;">■</td></tr> </tbody> </table>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	■	■	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <b>MONTANTS</b>
H	G									
25533412 00000000	21433552 00000000									
00000000 35533411	00000000 11433553									
■	■									

[Création, remont, adionction]

Fonctionnel. Thérapie sous nécessaire à la confiance

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

## PEDIATRE

57, Rue Omar Slaoui  
CASABLANCA  
Tél Cab : 05 22 27 52 54



الدكتور عبد العالى الزيزى

أمراض الأطفال والرضيع

زنقة عمر السلاوى 57

الدار البيضاء

الهاتف. ع : 05 22 27 52 54

CHAMI YACOUB

Casablanca le : 16 JAN 2023

Pharmacie Ouled Ziane

Dr. ASRI Ilham

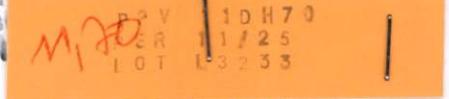
INPE : 092041465

1/25

LOT : 63233

PPV : 10 DH

PER : 06/2024



1 - Doliprime 2 ml : 17/10/2024

70,60 x 2



PPV: 70,60 DH  
LOT: 650384  
PER: 06/2024

2 - Drip Euvipom E

( ml + 2 ml )

PPV: 70,60 DH  
LOT: 649628  
PER: 06/2024

3 - Drip Argumentin E :

14 ml x 2 ml = 6 ml



Docteur ZIZI Abdelali  
PEDIATRE

57, Rue Omar Slaoui - CASA  
Cab.: 0522 27 52 54 - D: 0522 50 50 04

M 1  
152,80