

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0035956

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01120 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MALAL Mohammed Fadel  
 Date de naissance : 17-08-1947  
 Adresse : Lotissement au air El Mouzel - Mla 123 -  
 Am. Bich - Casablanca  
 Tél. : 0661105408 Total des frais engagés : 314.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ZIZI Abdelhak  
SPECIALISTE G.R.L.  
91, BO MASSARA EL KHADRA - MAROC  
Tél: 02 22 22 78 18

Date de consultation : 02/03/2023

Nom et prénom du malade : Mr. EL ANTRI Raja Age: 78

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

Nature de la maladie : Hémionie chronique

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 renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 02/03/2023


Signature de l'adhérent(e) :



### 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
02/03/2023	K15		600.00ds	
	F.b.m.s.copie laryngée			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02-03-23	214,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

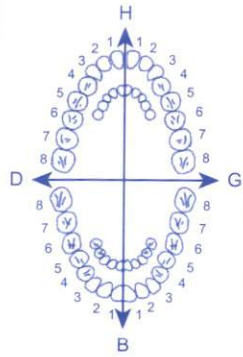
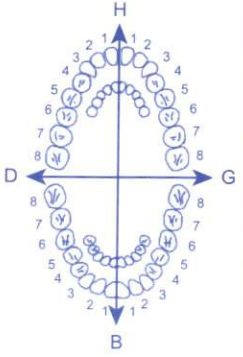
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

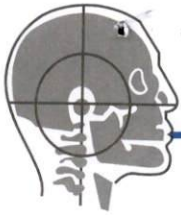
**Important :**

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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



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 - والعنق - 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 : 02/03/23 في : الدار البيضاء،

9 me. EL ANTRI,  
Raja

89.80 Rhinoplasty pnted



2 ph. 3U



39.80 Larynx  
Tympan

776



84.70 Zenmy  
214.00



Tél.: 05 22 25 93 89 / 05 22 98 10 30 - Tél./ Fax : 05 22 23 23 15 - GSM : 06 61 56 67 43 - E-mail : zizichdr@gmail.com

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

# ZEN

32 Gélules

LOT 22.062/FC21  
03/2025 PPC 84,70

MAGNÉSIUM MARIN

# mag<sup>®</sup>

Stress  
Nervosité  
Troubles du Sommeil



# RHINOLAYA

## PROTECT

Protection  
against allergies

Schutz  
vor Allergien

Beschermt  
tegen allergieën

Προστασία  
από τις αλλεργίες

With Himalaya salt  
Mit Himalaya-Salz  
Met Himalaya-zout  
Με αλάτι των Ιμαλαΐων



Allium  
cepa  
**BIO**

Sabadilla  
officinalis

50 ml

inebíos  
LABORATOIRES

ISO

50 ml e 89 3

ACL 976 767.7  
CN 172329.1

CE  
0459



LOT



LOT: 20155  
PER: 01\2025  
PPC: 89, 50DH

# Laroxyl®

Amitriptyline

PPV: 39DH80

PER: 12/25

LOT: L4086

Laroxyl® 40 mg/ml ○

Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



Fabriqué par bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**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**

Motif : Hémorragie chronique

Casablanca le 02/03/2023

Nom : EL ANTRI

Prénom : Raja

Age : .....

MATERIEL UTILISE : Fibroscope OLYMPUS

RESULTAT :

- Méats Sinusiens : Lbm
- Cavum : Nasale
- Pharynx : .....
- Larynx : RAS

Au Total :

Examen Nasofibroscope Nasale : RAS

Signé

93, Bd Massira El Khadra, Résidence SOROUR Tel : 0522 25 93 89 / 0522 98 10 30

Fax : 05 22 23 23 15 Email : [ziziabdelhak@gmail.com](mailto:ziziabdelhak@gmail.com)

**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**

**MME. EL ANTRI RAJA**

**Note d'honoraires**

**LE 02/ 03/ 2023**

**I.C.E :001602585000062**

**I.N.P: 091142018**

Désignation	Nombre	Prix Unitaire T.T.C	Prix Total T.T.C
K <sub>15</sub> Fibroskopie-laryngée	1	600.00	600.00
<b>TOTAL</b>			<b>600,00</b>

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

Docteur ZIZI Abdelhak  
SPECIALISTE O.R.L.  
93, BD MASSIRA EL KHADRA - MARRAKESH  
Signé : Tél : 022 25 93 89 / Fax : 022 23 37 31