

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.

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° M21- 0061356

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12420

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZIZI YASMINA

Date de naissance : 19/01/1987

Adresse : 83 rue Abou Hala Zahar, résidence Amia, quartier des hôpitaux - Casablanca

Tél. : 06 62 76 62 86

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ZIZI Abdeinak
SPECIALISTE O.R.L.
93 Bd. MASSIRA EL KHADRA
05 25 93 85 - Tél. / Fax

Date de consultation : 08 / 12 / 2022

Nom et prénom du malade : Mme ZIZI YASMINA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ohh

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) :

Signature :

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
08/12/2022	K25		400,00	 Docteur Z. Abouhannou SPECIALISTE O.R.L. 93, Bd. MASSARA EL KHADRA Tél. 022 25 90 00 / Fax
	Andiogramme complet			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DES FACULTÉS GHIZLENE DAHBABI Docteur en Pharmacie 94, Boulevard Mly Driss 1 ^{er} - Casablanca Tél. 0522 86 23 01 - Fax 0522 86 02 25	08/12/22	149,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

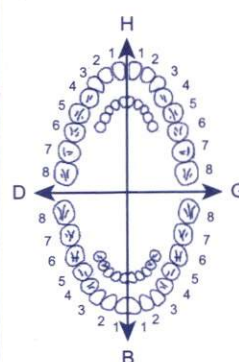
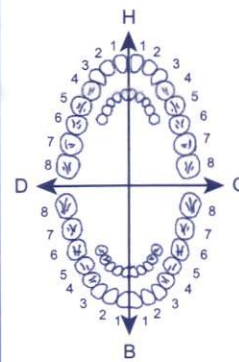
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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. ZIZI YASMINA

Note d'honoraires

LE :08/12/2022

I.C.E :001602585000062

I.N.P: 091142018

Désignation	Nombre	Prix Unitaire T.T.C	Prix Total T.T.C
K ₂₅ Audiogramme complet	1	400.00	400,00
TOTAL			400,00

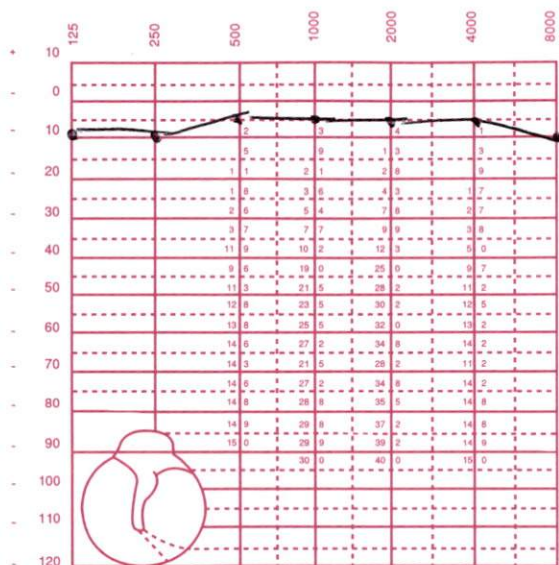
Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cent dirhams.

Signé :

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L
93, BD MASSIRA EL KHADRA - MARI
Tél : 022 25 93 89 / 022 98 10 30

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

Fax : 0522 23 2315 Email : ziziabdelhak@gmail.com



PERTE AUDITIVE

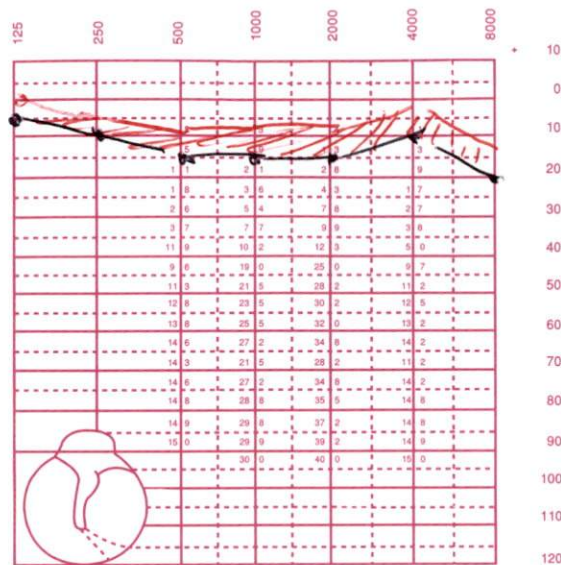
O.D. O.G.

500		
1000		
2000		
4000		
Totaux		

BOX 7 =
MOX 1 =

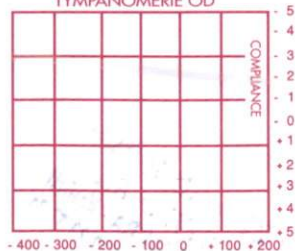
Total
Perte
Binaurale
en %

8



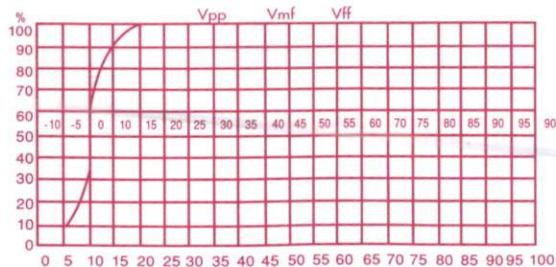
250 500 1000
Bing

TYMPANOMÉTRIE OD



250 500 1000 2000 4000
Bing

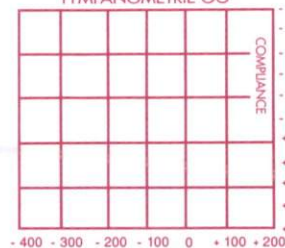
Vpp Vmf Vff



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

250 500 1000
Bing

TYMPANOMÉTRIE OG





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 : 08/12/2022 في : الدار البيضاء،

Mme. ZIZI
YASMINA

48,70

4/ Solignol 20 g
3 g
2/ seeds 10 mg
up
3/ Tanyal 5 w
2 g
4/ Aclan. 10
1 sachet
T° 147,70



صيدلية كليات
PHARMACIE DES FACULTES
CHIBBI KHABABI
Docteur en Pharmacie
94, Boulevard My Driss 1^{er} - Casablanca
Tél. 0522 86 23 01 - Fax 0522 86 02 21

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 : ziziabdelhak@gmail.com

93، شارع المسيرة الخضراء المعاريف إقامة السرور - الدار البيضاء

93, Bd. Massira El Khadra Résidence SOROUR - Maârif - Casablanca

(على شكل حلاقيص)
سواغ نو تاثير معلوم : أسبرتام

1		)
Durée	Matin	Midi	Soir

CLAV 1g/125mg Poudre pour 
suspension buvable, 12 sachets



118000 091684

1g/125 mg

Rapport amoxicilline-acide
clavulanique : 8/1

Voie orale

Boîte de 12 sachets

PHARMA 5

LOT : 3764

PER : 10-24

P.P.V : 99DH00

Lot/Batch: 1PV6A
Fab./mfg.: 11/2021
EXP: 10/2024

Solupred® 20mg

OPEN

SANOPI

6 118000 060536

P.P.V.: 48,70
Solupred 20 mg 20 cp

Sanoventis Maroc
Rue de Rabat - P.P.
Ain seba Casablanca

(Informer sur ordonnance - Tableau A (liste))
بموجب وصفة طبية - جدول أ (اللائحة)

احفظ الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES