

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.

N° W21-761836

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1423	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LECHHEB ouar A91646
Nom & Prénom : LECHHEB ouar		Date de naissance : 17/7/1953	
Adresse : 109 Bd ouar EL KHAYAT Casab		Tél. : 066117 65 35	
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
DOCTEUR ZIZI ABDELHAK SPECIALISTE O.R.L 93, BD MASSIRA EL KHADRA - Marrakech Tél: 022 22 77 99 - Fax: 022 22 77 71			
Cachet du médecin :		SABRI Abdellah	
Date de consultation : 03/11/2023		Age : 62 ans	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même		<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie :		Nez	
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 : **22 JAN. 2024**

Signature de l'adhérent(e) : **Le : 22/11/2024**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/11/2011	G + K + 4 + 105	121,11	400,00di. 400,00dt. 800,00di.	INP : 09 114 8018 Docteur ZIZI Abdellah S.A.S.E.O.R.I. Maison de la Santé, Main

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
162,70	03-11-93	PHARMACIE ODYSSEE Asmaa AMOR 15 bis, Rue Tanaré, Ferme Bretonne Beaujouj, Casablanca Tél. 0524 523 162,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	D	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS []
	G			DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>				



PHARMACIE ODYSSEE
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne
Beautejor Casablanca
Tél. / Fax: 0522 78 62 16

O.R.L.

Diplômé de l'Académie de Médecine de Paris
Membre de la Société Française d'O.R.L.

اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف - الحلق - الأنف - العنق - الصمم والدوخة

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 :

03/11/2023

خريج كلية الطب بباريز

ame. SABRI EP. LECHHEB
NADIA

78,00

Rehore

15

84,70

Zenny

15

21/11/6

mmihi di
ymur

39
LOT 22.348/FC22
PER 12/2025
PPC 84,70

Trans

T = 162,70

PHARMACIE ODYSSEE
Asmaâ AMOR
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne
Beautejor Casablanca
Tél / Fax: 0522 78 62 16

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

93، شارع المسيرة الخضراء المعاريف إقامة السرور - 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

MME. SABRI NADIA

Note d'honoraires

LE 03/11/2023

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.

*Docteur ZIZI Abdelhak
Spécialiste ORL
93, Bd Massira El Khadra - 90000 - TUNISIE - Tel: 0222117711
Fax: 0222117711*



audited

128 256 512 1024 2048 4096 8192

NOM SABRI Prénom NADIA

Age Profession

Adresse

Date 03.11.2023

AUDIOGRAMME

OBSERVATIONS:

Traitement chirurgical

Date

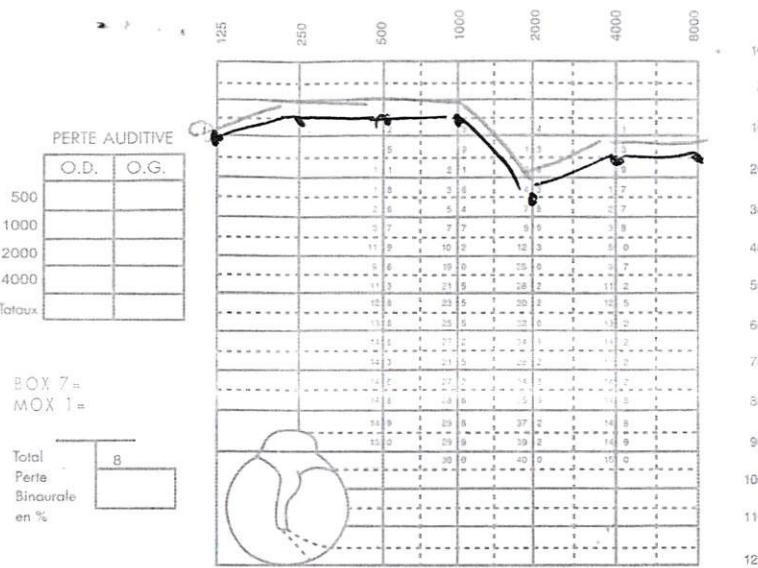
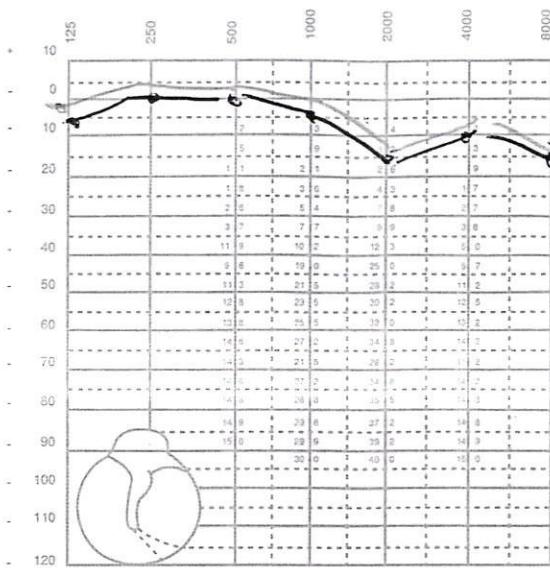
Côté

Type de l'intervention :

11

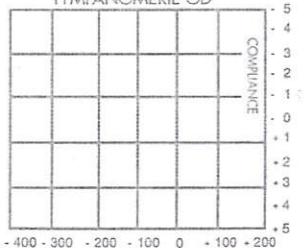
me. SABRI
NADIA

Le 03-11-2023



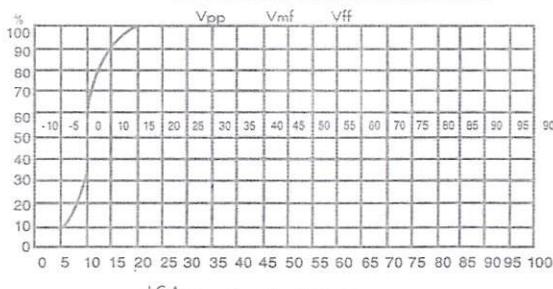
Bing

TYMPANOMÉTRIE OD



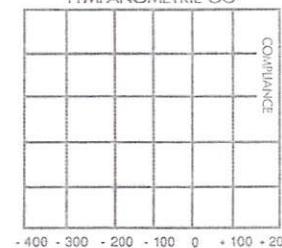
Bing

Vpa Vmf Vff



Bing

TYMPANOMÉTRIE OG



Docteur ZIAD ABDI
SPECIALISTE A.R.L
93, BD MASSIRA EL KHADERA - Maârif
Tél: 022 27 67 90 Tél: 022 23 17 71

Réf. 110796, G.E.