

## 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° W21-761798

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule :	1423	Société :	2101
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LECHHEB. Oumar			
Date de naissance : 1/2/1953			
Adresse : 109 Bd Oumar EL KHAYAT, Casablanca			
Tél. : 0661176535 Total des frais engagés : Dhs			

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Docteur ZIZ, Abdellah            SPECIALISTE O.R.L            93, BD MASSIRA EL KHAOUA - Casablanca            Tél : 022 73 01 66 - Tél : 05 22 22 77 77         </div>		
Date de consultation :	14.11.2023		
Nom et prénom du malade :	AME SABRINA RABIA		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :	Vitamine		
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.

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22/11/2024



## 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
17/1/2023	(K30+K30)1.2	1300.00dt	INP 09/11/42018	docteur Z.ZIABDELHAK SPECIALISTE O.R.L 02 BD MASSIRATE KUADRA - MOULAY RAOUF 22 33 37 71

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

## PELVE 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"/>																
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000																				
35533411																				
B																				
11433553																				
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS																
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																

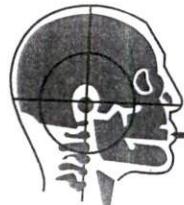
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

À ce jour, Madame Sabri présente une hypotension gémie due probablement à un syndrome gémie.

Un traitement hormonal a été prescrit et des séances de réhydratation verbale sont prévues.

DR  
Doréen R. Dabhez  
Spécialiste en médecine



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

اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف - الحلق - الأذن - و العنق - 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 : 17/11/2023 الدار البيضاء، في :

## Exploration oto-neurologique de Madame SABRI Amal

- Motif: Vertiges chroniques aux changements de position.
- Furon positif à gauche. HST et NIV: N. Droit
- VNS: N. Droit disent.
- Andogramme: quasi normal.
- VNG: Aucun trouble avec les modèles.  
Nyctomyie droite nystagmique.
- HIT: positif à gauche.
- E.A.I: quasi normal.

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

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 17/11/2023**

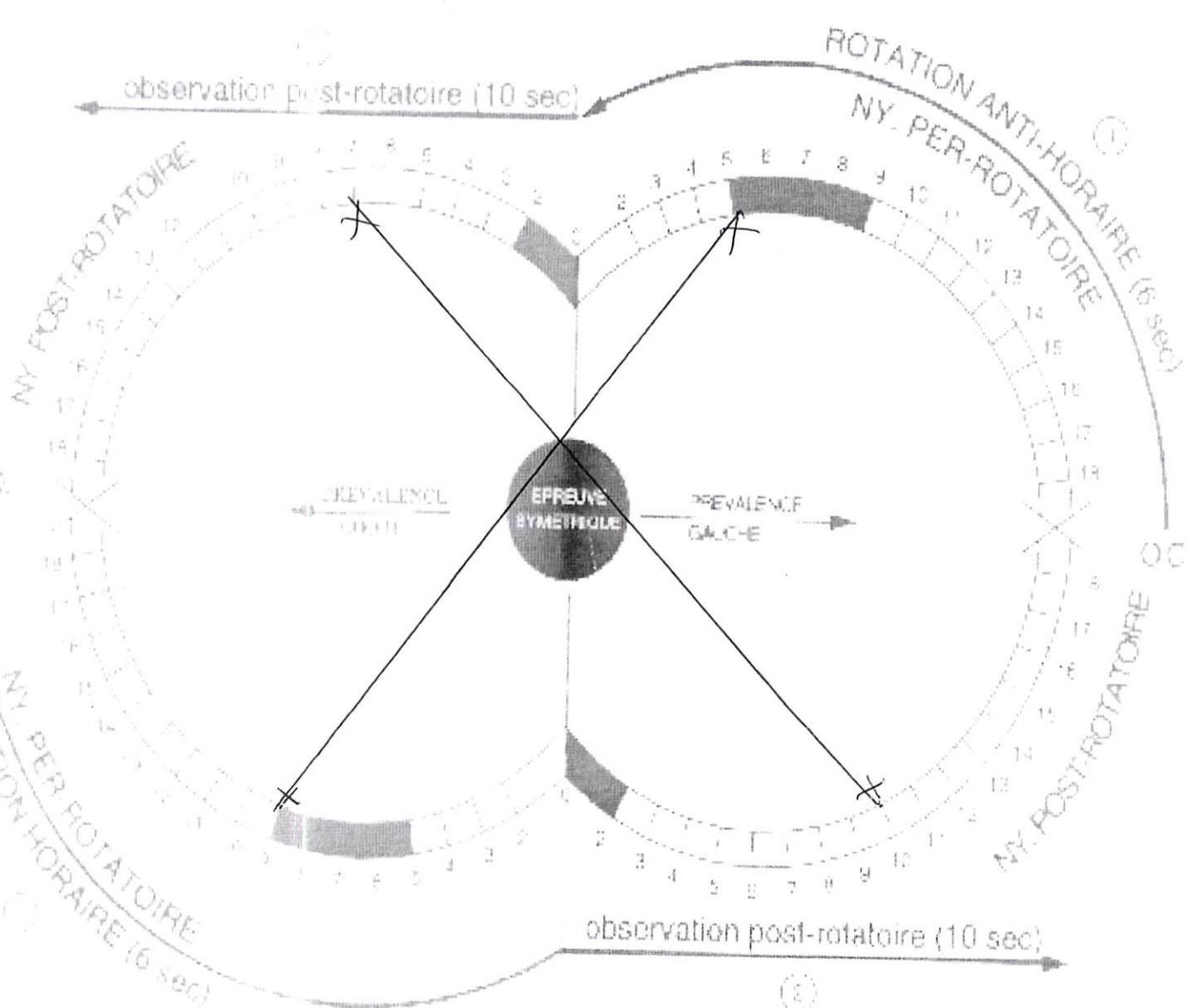
**I.C.E :001602585000062**

**I.N.P: 091142018**

<b>Désignation</b>	<b>Nombre</b>	<b>Prix Unitaire T.T.C</b>	<b>Prix Total T.T.C</b>
(K <sub>30+</sub> K <sub>30</sub> )/2 Vidéo Nystagmographie Vidéo Oculographie	1	1300.00	1300.00
<b>TOTAL</b>			<b>1300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de mille trois cent dirhams.

*Docteur ZIZI Abdelhak  
Spécialiste ORL  
93, Bd Massira El Khadra - Maârif  
Tél : 0522 23 23 15 - 0522 23 37 71*



LA PHASE ROTATOIRE IMPULSIONNELLE  
DU CYCLE A DEMONTE VITTE

9/10

5/7

Docteur ~~Abdelhak~~ <sup>22</sup> ~~Abdelhak~~  
SPECIALISTE O.R.L.  
93, BD MASSAÏA EL KHADRA - Monastir  
Tél: 022 70 60 60 - Fax: 02 21 33 71

Docteur Zizi  
SPEZIALISTE O.R.L.  
93, BD MASSNA, 13003 MARSEILLE  
Tél: 04 91 91 01 01

