

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 canaux, 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 canaux.

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

N° W21-761798

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1423 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LECHHEB Omar 91644

Date de naissance : 1/5/1953

Adresse : 109 Bd Omar EL KHAYAT, Cas.

Tél. : 0661176535 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur ZIZ Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L.
93, BD MASSIRA EL KHADKA - MOHRE
Tél : 022 27 01 80 - Tél. (C.A.) : 022 27 37 71

Date de consultation : 17.11.2023

Nom et prénom du malade : Mme SABRIHALA Age :

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

Nature de la maladie :

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) : [Signature]

Le : 22/11/2024

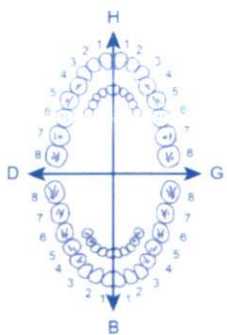
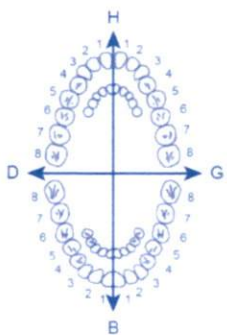
VOLET ADHERENT

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
17/11/2023	(K30+K30)12 vidéo nystagmographe vidéo oculographe	1300.00		INP 091142018 Docteur ZIZI Abdelhak SPECIALISTE O.R.L. 93, BD MASSARA EL KHADRA - MARI Tél : 01 70 70 70 70

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

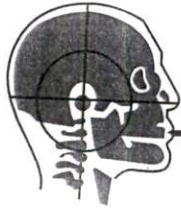
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Ar total, Andane, Sabi present une
hypoflexion gauche due probablement
à un hydrophie gauche.

Un traitement hydrothérapie a été prescrit
et des séances de rééducation vestibulaire
préconisées.

Doutel 22.05.2016
Dr. [Signature]
22.05.2016



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 - 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 Nadoue SAGRI maroka

- Motif: Vertiges chroniques aux changements de position.
- Fukron positif à gauche. HIT et NIR: N. Droit
- VNS: N. Droit disant.
- Audiogramme: quasi normal.
- VNG: Aucun trouble acousto-moteur.
Nystagmus droit spontané.
- HIT: positif à gauche.
- E.A.T: quasi normal.

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 17/ 11/ 2023

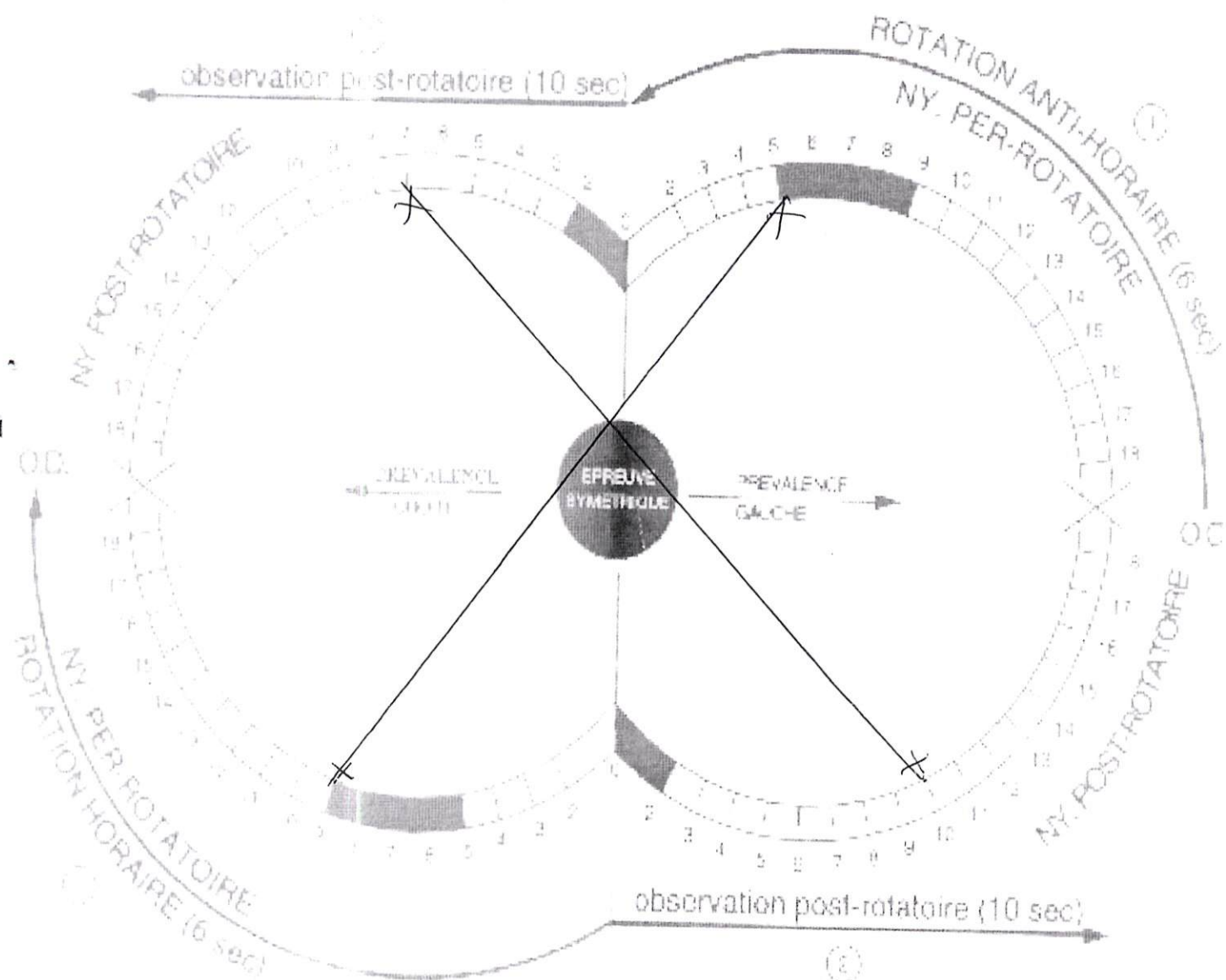
I.C.E :001602585000062

I.N.P: 091142018

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

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

Signé **Docteur ZIZI Abdelhak**
SPECIALISTE O.R.L.
93, BD MASSIRA EL KHADRA - MADRID
Tél : 022 25 93 89 / 0522 98 10 30



EPREUVE ROTATOIRE IMPULSIONNELLE
400 IMPULSIONS À 50000 Hz

9/10

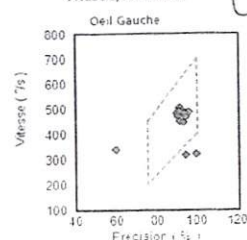
5/7

Docteur Z. Abdelhak
SPECIALITE O.R.L.
93, BD MASSARA EL KHADKA - Médit
Tél: 022 27 00 00 Fax: 022 23 31 71

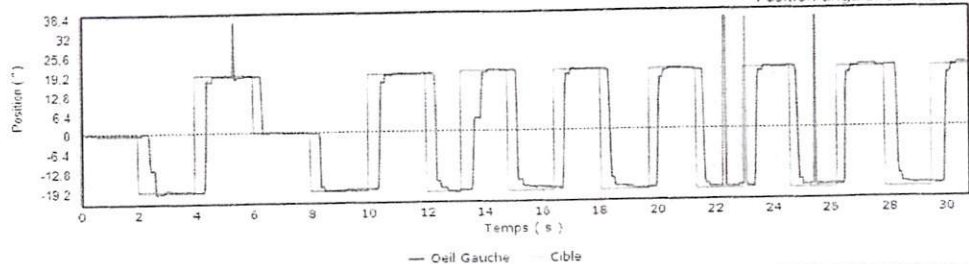
Tableau résultats

	Latence	Vitesse	Précision
→	367 ms	467 °/s	88 %
←	314 ms	431 °/s	93 %

Vitesse/Précision



Position angulaire horizontale



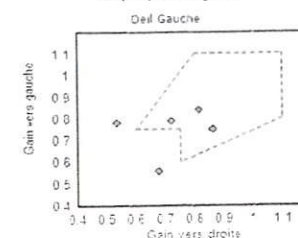
Module : Saccade
Epreuve : Calibration

Date : 17/11/2023

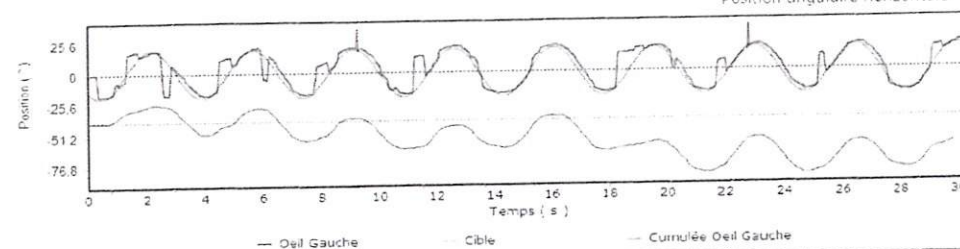
Tableau résultats

	Gain moyen
→	0,60
←	0,74

Graphique des gains



Position angulaire horizontale



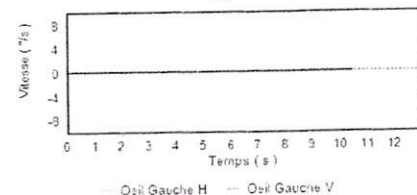
Module : Poursuite
Epreuve : Horizontal 0.3 Hz

Date : 17/11/2023

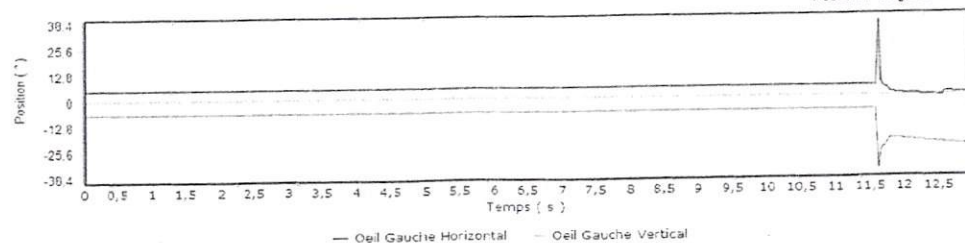
Tableau résultats

	Vitesse moyenne	Vitesse max
→		
←		

VPL



Position angulaire



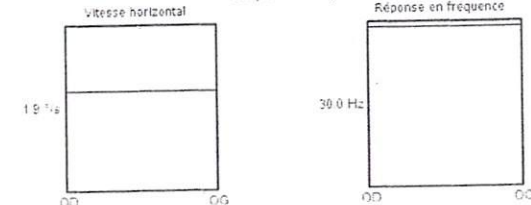
Module : Nystagmus
Epreuve : Inférieur

Date : 17/11/2023

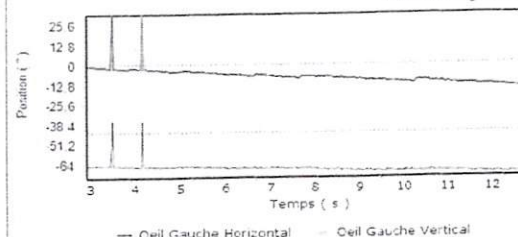
Tableau résultats

VPL max	1,95 °/s (gauche)
---------	-------------------

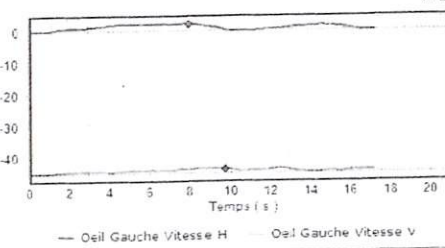
Graph de Freyss



Position angulaire



VPL



Module : Calorique
Epreuve : Nyst ini

Date : 17/11/2023