

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-641867

85311

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	3428	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Zizi Mohammed		
Date de naissance : 26-06-56		
Adresse : 12, Rue Michel-Ange Racine CASABLANCA		
Tél. :	0661 331633	Total des frais engagés : _____ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Docteur Zizi ABDELLAH SPECIALISTE : R.L 93, BOB MASSIRAH EL KHAOUA - Maârif Tél : 022 25 93 90 Tél fax : 022 25 37 71
Date de consultation : 06/07/2021	Nom et prénom du malade : Zizi NOUR Age : _____
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Zizi NOUR
Nature de la maladie : _____	Rhinopharyngite
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/09/2021



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
06/07/2021			300.000,-	INP : D. M. A. L. E. S. S. H.
07/07/2021			300.000,-	DOCTEUR L. A. A. D. C. E. N. T. R.
08/07/2021			600.000,-	SPECIALISTE D.R.L. 93100 MARRAKESH - TEL: 0524 311177 Fibroscopie nasale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA JMA Nadia ZEDDAMA Avenue du Phare, Résidence Agmazouli Casablanca - Tel.: 0524 312867	06-07-21	317,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Nature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Aeromax®
Budésonide

LOT:036P016A
PER:11/2022
PPV:190,00 dh

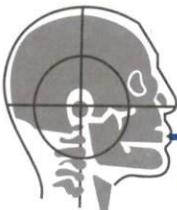
SYNTH
22-24 Rue Zouhour TOUNI
El Aouam 20500 Casablanca
P.P.V: 38.00



VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433592</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433592	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553											
H	25533412	21433592																			
D	00000000	00000000																			
B	00000000	11433553																			
[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																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>MONTANTS DES SOINS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DEBUT D'EXECUTION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FIN D'EXECUTION</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>MONTANTS DES SOINS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DATE DU DEVIS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DATE DE L'EXECUTION</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		COEFFICIENT DES TRAVAUX		MONTANTS DES SOINS		DEBUT D'EXECUTION		FIN D'EXECUTION				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>MONTANTS DES SOINS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DATE DU DEVIS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DATE DE L'EXECUTION</td> <td></td> </tr> </table>		COEFFICIENT DES TRAVAUX		MONTANTS DES SOINS		DATE DU DEVIS		DATE DE L'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
MONTANTS DES SOINS																					
DEBUT D'EXECUTION																					
FIN D'EXECUTION																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>MONTANTS DES SOINS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DATE DU DEVIS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DATE DE L'EXECUTION</td> <td></td> </tr> </table>		COEFFICIENT DES TRAVAUX		MONTANTS DES SOINS		DATE DU DEVIS		DATE DE L'EXECUTION													
COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
MONTANTS DES SOINS																					
DATE DU DEVIS																					
DATE DE 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 - 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 : 06.07.2011 الدار البيضاء، في :

911. Zizi NOUR

89,90

Rhinoscopy

✓

am

✓

soin

✓ 190,00

Aeromar

✓

✓ 38,00

Er bus

✓ 317,90

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMRAIMA
Avenue du Phare Résidence Taghazout
Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67

✓ 144

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

شارع المسيرة الخضراء المعهدي إقامة المسور - 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

MLLE ZIZI NOUR

Note d'honoraires

LE : 06/07/2021
I.C.E : 001602585000062
I.N.P: 091142018

Désignation	Nombre	Prix Unitaire T.T.C	Prix Total T.T.C
C _s Consultation spécialisée	1	300.00	300.00
K ₁₅ Fibroscopie nasale	1	300.00	300,00
TOTAL			600,00

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

93, Bd Massira El Khadra, Résidence SOROUR Tél : 022 25 93 89 /
022 98 10 30 Fax : 05 22 23 2315 Email : ziziabdelhak@gmail.com

Docteur ZIZI ABDELHAK
SOCIÉTÉ D'ORL
33, Bd Massira EL KHADRA - Maârif
Tél : 022 25 93 89 / 022 98 10 30 - Fax : 05 22 23 2315 - Email : ziziabdelhak@gmail.com
Date : 06/07/2021 - Signé : ZIZI ABDELHAK - 022 25 93 89

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

Casablanca le 06.07.2021

Motif : Rhinopharyngie

Nom : M.Z.Zi..... Prénom : Nour..... Age :

MATERIEL UTILISE : Fibroscope OLYMPUS

RESULTAT :

- Méats Sinusiens : *Léger*
- Cavum : *Normal*
- Pharynx :
- Larynx :

Au Total :

Rhinofaryngoscopie .

Docteur Zizi Abdelhak
SPE : MISTE O.R.L.
3015 Massira El Khadra - Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 23 2315 Email : ziziabdellah@gmail.com