

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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

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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0002514

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5731 Société : 93016  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAROUÏ NERDINE  
Date de naissance :  
Adresse : IDEM  
Tél. : 0661219473 Total des frais engagés : 300 + (77,80 + 137,50) Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur ZIZI Abdellah  
SPECIALISTE A.R.L.  
93, RD MASSIRA EL KHAIR - Maâni  
Tél : 022 22 22 22  
Date de consultation : 18/10/2021  
Nom et prénom du malade : M. LAROUÏ NAJAT Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Phlegme  
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 : CAS.

Le : 28/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
18/10/2021	C		300,00	<p>Docteur ZIZI Abdelhak SPECIALISTE D.R.L 33, RD MASSARA EL KADRA - Maârif Tél: 022 21 17 71</p>
26/10/2021	C		Général	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/10/21	577,80
	26/10/21	137,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

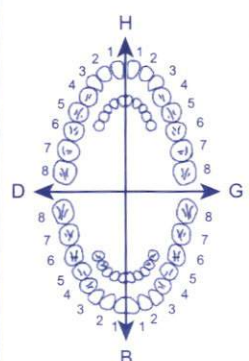
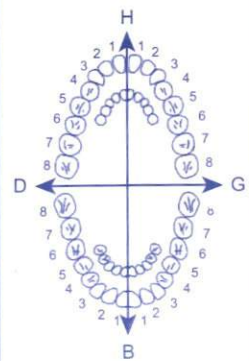
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

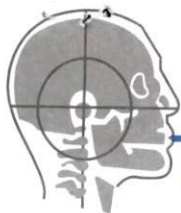
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS															
			DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 :

18/10/2021

Docteur ZIZI Abdelhak  
SPECIALISTE O.R.L  
13, Bd. MASSIRA EL KHADRA - Maârif  
Tél : 022 25 92 20 - Fax : 022 23 37 71

MONOZECTAP 500mg  
Boite de 5 COM PEL  
P.P.V : 87,30 DH

Mapchar  
Bd Alklima N° 6, Q1,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Monozeclar 500 mg cp pel  
Im b5 mv  
P.P.V : 87,30 DH

Mme. LAROU  
NAJAT

2/1 Monozeclar 500mg  
87,30 x 2

PPV (DH) :  
34,70

34,70

LOT 201593  
EXP 06/2023  
PPV 99.00DH

99,50

4/1 Aspirine 100mg  
79,50

PPC : 79,50 DH

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



LOT:036R003A  
PER:03/2023  
PPV:190,00 dh

Aeromonas

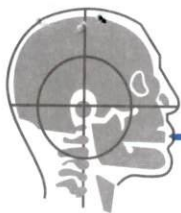
1990, 05 24



Sum for Car  
Rs 142

577180

Pharmacie  
50, Allée de la République  
Casablanca - Tél : 05 22 80 84 55



# 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 بباريز

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 : 26/10/2021 : في : الدار البيضاء،

Am. LAROU:

NAJAT Docteur ZIZI Abdelhak  
SPECIALISTE O.R.L.  
13, Bd. MASSIRA EL KHADRA - Maârif  
Tél: 022 25 93 89 - Fax: 05 22 23 15

LOT: 200663  
PER: 11/2023  
PPC: 79,50 DH

79,50

Apixol 750g à 100g

My  
Humer Colchum

58,10g  
3  
Histanorm  
à 100g  
137,50

HISTANORM® 10 n

PPV 58DH00

Tél.: 05 22 25 93 89 / 05 22 98 10 30 - Tél./ Fax : 05 22 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