

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° W21-621962

144891

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 06938	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HAILOUA			
Date de naissance : 17/02/1962			
Adresse : Lot. Nouria 100 N° 208 2^e Etage			
Tél. : 06 90 16 999 Total des frais engagés : 1036,70 DHS			

Autentication CNDP N° : 4-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Dr H. Zine El Abidine			
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie			
et Chirurgie Cervico-faciale			
Gsm : 06 63 69 10 10			
E-mail : zehouda@gmail.com			
Date de consultation : 09 JAN 2023			
Nom et prénom du malade : BELAYAUT NASSIR Age : 55			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affecté ORL			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **09/01/2023**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Relève des Frais et Honoraires
9 JAN 2023	CD, NASOFIBROSCOPIE	200DH 200DH	200DH	Dr. Zeahouda Spécialiste en Chirurgie et Radiologie et Chirurgie de l'ORL et de l'ENT Gsm : 06 63 69 00 00 Email : zeahouda@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. S. BOUSSIFHA BOUHLAI 492, Bis Bd Panoramique (Montpellier) - Tel: 0522 527 560	9/01/23	200DH PHARMACIE DES D'ALIAS DR. S. BOUSSIFHA BOUHLAI 492, Bis Bd Panoramique (Montpellier) - Tel: 0522 527 560

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

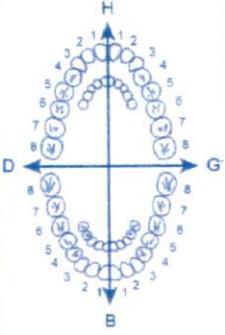
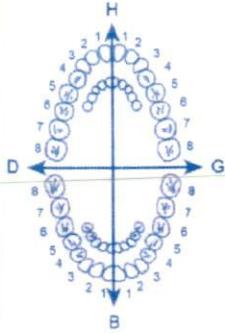
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		Coefficient des travaux <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr Houda Zine EL Abidine

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie

Maladies et Chirurgie de :

Oreille et Audition, Nez et Larynx

Vertige et Ronflement

Cou et Thyroïde



دة. هدى زين العابدين

طبيبة أخصائية الأذن - الأنف - الحنجرة

أمراض و جراحة :

الأذن و السمع، الأنف و جيوب الأنف

الحنجرة الدوخة و الشخير

العنق و الغدة الدرقية

Casablanca le : 09/01/2023 الدار البيضاء في :

Mme. BELAYAHI NASSINE

79, ٥٠

- Pyobil

SV

28, ٣٠ ل.م. (x ١٥, ٠)

28, ٣٠

- Effostil gtt's

30 gouttes ١٢ ل.م. (x ١٥, ٠)

SV

190, ١٠ × ٢

Aerosol

2 parties ٢٦, ٠ (x ٣٠)

SV

٤٠, ٠٠

- Effend ٢٠

٣٨١٠ ل.م. (x ٦٥, ٠)

SV

- Phisyoner décongestif

١٢ ل.م. (x ١٥, ٠)

SV

١٠٩, ٨

638, ٦٠
الدار
ارماس
د. زين العابدين
OUMSIHA BOUHLAI
Bd. Panoramique
Tél: 0522 521566

H. Zine EL Abidine
Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
100, Boulevard Oum Rabii, Résidence Al Ofoq
Oulfa, Mazola - Casablanca
Tél: 0522 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10
E-mail : zeahouda@gmail.com

100 شارع أم الربيع إقامة الأفق - مازولا - الدار البيضاء

100, Boulevard Oum Rabii, Résidence Al Ofoq - Mazola - Casablanca

Tél : 05 22 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10 - E-mail : zeahouda@gmail.com

Lot n / date n

best before

يفضل أن يستهلك قبل :

PPC: 79,00 DH

V004-ETMY0B30CPMCP

6 111250 430289

العنوان : استيراد شركة سمارت للتجارة الدولية
C: 55
BOTTUSA
PPC: 109 DH 00

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 06/2025
LOT 22012 9

PPV:28DH70
PER: 07/27
LOT: L2460

ACTIVUM
LOT:066S044B
PER:07/2024
AMM:149/21/QRQd/DMP/VHA/18
PPV : 190,00 DH

LOT:066S044B
PER:07/2024
AMM:149/21/QRQd/DMP/VHA/18
PPV : 190,00 DH

Dr Houda Zine EL Abidine

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie

Maladies et Chirurgie de :

Oreille et Audition, Nez et Larynx

Vertige et Ronflement

Cou et Thyroïde



دة. هدى زين العابدين

طبيبة أخصائية الأذن - الأنف - الحنجرة

أمراض و جراحة :

الأذن و السمع، الأنف و جيوب الأنف

الحلق و الحنجرة الدوخة و الشخير

العنق و الغدة الدرقية

- Ancienne interne du CHU de Poitiers

- Lauréate de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

- طبيبة داخلية سابقاً مستشفى جامعي بفرنسا

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Casablanca le ٥١٥١٢٠٢٣ الدار البيضاء في

FACTURE № 000026

Nom et Prénom : BELAYACH NASSIR

Examen : C5a NASOFIBROSCOPIC

Effectué le :

Au prix de : 400DH

Arrêtée la présente facture à la signature :

Mode de paiement :

Chèque

Dr H. Zine EL Abidine
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-faciale
E-mail : zeahouda@gmail.com

Espèces

05 22 690 690

zeahouda@gmail.com

100, Boulevard Oum Rabii, Résidence Al Ofoq - Mazola - Casablanca

06 63 69 10 10

Dr ZINE EL ABIDINE Houda

Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Maladies et Chirurgie de : oreille et audition , Nez et Larynx , Vertige et ronflement cou et thyroïde.

Ancienne interne du CHU de Poitiers

Lauréate de la faculté de Médecine de Casablanca

Dr H. Zine EL Abidine
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
Gsm : 05690690 - 0663691010
E-mail : zeahouda@gmail.com

Nom / Prénom : Mme BELAYACH NASSIME

Date : 09/01/2023.

Compte Rendu de NASOFIBROSCOPIE

Examen réalisé pour : algies faciales

FOSSES NASALES :

Muqueuse pituitaire: très inflammée. Oedématée.

Méat moyen : cloison nasale déviée à gauche, avec conflit turbino-septal gauche.

Cavum: libre

PHARYNGOLARYNX :

Ouverture buccale : normale.

Aryténoides: mobilité normale, inflammés.

Cordes vocales : cordite simple, corde vocale boudinées rouges.

Sinus piriforme : libres.

Bouche de l'œsophage : aspect de RGO.

Vallécules : aspect de candidose oropharyngée.

Epiglotte : libre,

Au total :

Rhinosinusite bilatérale inflammatoire..

Pharyngolaryngite et RGO.

Dr H. Zine EL Abidine
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
Gsm : 05690690 - 0663691010
E-mail : zeahouda@gmail.com

100, Boulevard Oum Rabii, Résidence Al Ofoq - Mazola- Casablanca

Tel : 05690690- Urgences : 0663691010- E-mail : zeahouda@gmail.com