

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

- 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.

M23-0028305

Optique **186562** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1967**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMOR TIJANI Jamila

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0659822467**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur ZIZI Abdellah
SPECIALISTE O.R.L
93, BD MASSIRA EL KHADRA
Tel : 022 75 92 90 / 065 98 22 46 71
Fax : 022 23 37 71**

Date de consultation : **11/12/2023**

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **13 DEC 2023**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

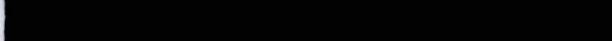
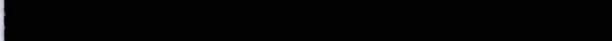
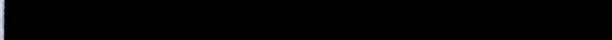
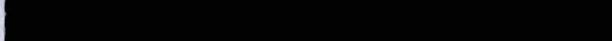
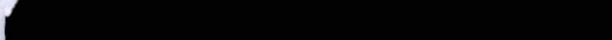
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **05/12/2023**

Le : **13/12/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Jamila Amor**



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
11/11/2023	6)		30.0.000.00	<i>Docteur Z.Z. Abdellah SPECIALISTE O.R.L. 93, BD MASSNA EL KHADRA, MAZIGH TÉL: 022 23 11 77</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>BOB D. IZZI PORTE GHANDI 159, Bd. Yacoub El Maâzá, Casablanca Télé: 022 99 19 50 GSM: 0522 99 19 72</i>	11/11/23	P. 250 P.T.	360.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

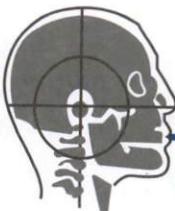
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



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

1967

Casablanca, le :

11.12.2003

الدار البيضاء، في:

M. MOR Dr Tazi Janiza
 Dr Tazi Janiza
 Docteur Zizi Abdelhak
 939 Bd Massira El Khadra Casablanca
 Tel: 0522 25 93 89 / Fax: 0522 25 93 89
 Gsm: 0678 99 19 50

Docteur ZIZI Abdelhak
 939 Bd Massira El Khadra Casablanca
 Tel: 0522 25 93 89 / Fax: 0522 25 93 89
 Gsm: 0678 99 19 50

LABORATOIRE PORTE GHANDI
 Dr TAZI Kenza
 159, Bd. Yacoub El Mansour RDC Casablanca
 Tél: 0522 99 19 74 / Fax: 0522 99 19 72
 Gsm: 0678 99 19 50

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



مختبر التحاليل الطبية بباب غاندي
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA

Médecin Biogiste

Bactério-Virologie-Parasito-Mycologie-Hématologie-Biochimie-Immunologie

Note D'honoraires

Casablanca , le 11/12/2023

Date : 11/12/2023

Patient : Mme AMOR TIJANI Jamila

Analyses	Valeur de B	Montant
TSH-us : THYREOSTIMULINE-HORMONE	250,00	335,00
PRVT SANG VEINEUX	1,00	25,00
TOTAL :	250,00	360,00

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : trois cent soixante Dirhams ***

LABORATOIRE PORTE GHANDI
Dr TAZI Kenza
159, Bd Yacoub El Mansour RDC Casablanca
Tél: 0522 99 19 74 / Fax: 0522 99 19 72
Gsm: 0678 99 19 50



ختبر التحاليل الطبية باب غاندي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA
Médecin Biologiste

LPG

LABORATOIRE PORTE GHANDI

Bactério-virologie - Parasito-mycologie - Hématologie - Biochimie - Immunologie

Casablanca, le 12/12/2023

Code Patient 15-00611

Nom : Mme AMOR TIJANI Jamila

Dossier N° : 111223-023 Prélèvement du: 11/12/2023 1:

Demandé par Dr : ZIZI Abdelhak



Compte rendu d'analyses

ANALYSES HORMONALES

		Valeurs Usuelles	Antériorités
TSH-US:THYREOSTIMULINE	: 78,18 mUI/l	(0,25 - 5)	3,39 (21/09/23)
Résultat contrôlé			5,65 (18/04/22) 14,06 (10/08/17) 12,80 (21/05/15)~~~
A confronter aux données cliniques			

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Le Biologiste

DOCTEUR TAZI KENZA
LABORATOIRE PORTE GHANDI
159 Bd Yacoub El Mansour RDC Casablanca
Tél: 05 22 99 19 74 / Fax: 05 22 99 19 72
Gsm: 06 78 99 19 50