

## 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

M22- 0034835

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8823

Société : R.A.N.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FAHSSI Fatima

Date de naissance : 15-05-1967

Adresse : 77, Bd al massira al khadra. App 9

9221f casa

Tél. : 06 61 45 24 89 Total des frais engagés : 048 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ZIZI Abdelhak  
SPECIALISTE O.R.L.  
93 BD MASSIRA EL KHADRA - Maroc  
Tél : 022 23 33 71

Date de consultation : 13.06.2024

Nom et prénom du malade : EL FAHSSI Fatima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Pharynx

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
13/02/2024	LS K4 K5		300.000 300.000 600.000	Docteur ZEL Abdelhak SPECIALISTE O.R.L. BD MASSIRAE KHADRA - MAR Tél: 077 73.17.71
impédance métrique				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

23/02/2024

196,80

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

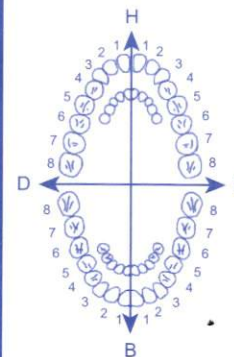
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

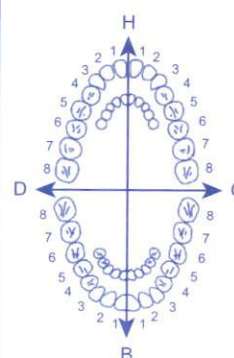
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

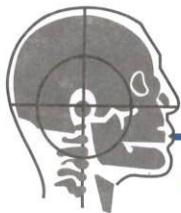
MONTANTS DES SOINS

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 : 13/02/2024 في : الدار البيضاء،

Mme. EL FAHSSI;

Fatima

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

M

Zinmt rno



my

200

27

Dolochyp.

300

my

Douloix

my a du

39,00

T = 194,80

14,60

PHARMACIE AL ALIA  
Dr. ZIZI Abdelhak  
93, Bd MASSIRA EL KHADRA - Maârif  
Tél: 05 22 25 93 89 - Fax: 05 22 23 23 15

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

Tél.: 05 22 25 93 89 - Fax : 05 22 23 23 15 - E-mail : zizi.abdelhak@gmail.com

93, شارع المسيرة الخضراء المعاريف إقامة السرور - الدار البيضاء  
93, Bd. Massira El Khadra Résidence SOROUR - Maârif - Casablanca

NE PAS ACCEPTER SI LA BOÎTE N'EST PAS SCÉLÉE

# Zinnat

céfuroxime axetil

## comprimés 500 mg

10 comprimés



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

PPV: 131,90 DH



6 118001 141456

NE PAS ACCEPTER SI LA BOÎTE N'EST PAS SCÉLÉE

J104328

T  
U  
03-2026



# DociVox®

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES  
(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

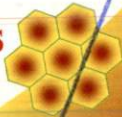
**Maux de gorge  
Enrouements passagers**

x10

Goût menthe - miel - citron

Apaise et dégage les voies respiratoires  
Adoucit la gorge irritée en cas de toux  
Renforce les défenses naturelles

LOT: 230838  
DLUO: 10/2026  
39:00DH



Deva

Laboratoires Pharmaceutique  
J. OUAJDI Pharmacien Responsable

DociVox®

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES  
(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

**Maux de gorge  
Enrouements passagers**

x10

comprimé à sucer



Goût menthe - miel - citron

Code : AC2 - 00140

**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. EL FAHSSI FATIMA**

**Note d'honoraires**

**LE :13 /02/2024**

**I.C.E :001602585000062**

**I.N.P: 091142018**

Désignation	Nombre	Prix Unitaire T.T.C	Prix Total T.T.C
Cs Consultation spécialisée	1	300.00	300.00
K <sub>15</sub> Impédanceméétrie	1	300.00	300.00
<b>TOTAL</b>			<b>600,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme six cent dirhams.

Signé : 

AT 200

Surveillance Date (Printout)

Line

13-02-2024

Bed Age

EL FAHSSI Fatimo

Address

City

State

Postcode

Phone

Fax

E-mail

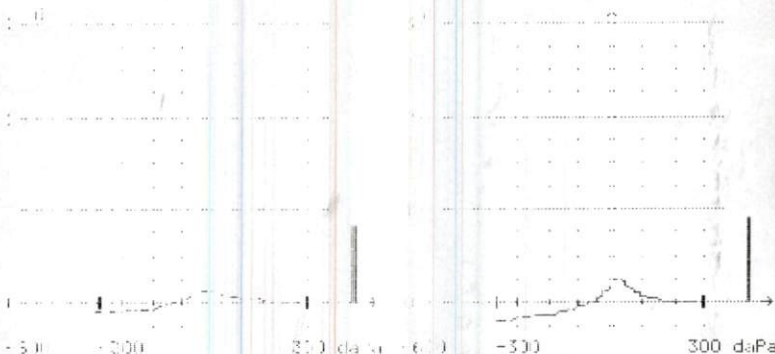
Referral

Docteur ZIZ Abdelhak  
SPECIALISTE O.R.L  
93, BD MASSIRA EL KHADRA - Maârif  
Tél: 022 23 99 80 - Fax: 022 23 37 71

Tyrapapnogram

Right

Left



Volume 0.30 ml  
Resistance 0.18 m  
Pressure -20 daPa  
Effort 0.10 m

Volume 0.93 ml  
Resistance 0.27 m  
Pressure 15 daPa  
Effort 0.16 m