

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

Radioologie 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger 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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) _____			
Matricule : <u>8823</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL FAHSSI fatima.</u>			
Date de naissance : <u>15-05-1967</u>			
Adresse : <u>77, Bd al marrina al khadra App 9</u>			
<u>Tarif cours</u>			
Tél. : <u>06 61 45 24 89</u>	Total des frais engagés :	<u>1000</u>	Dhs

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p>	
<p>Date de consultation : <u>13.02.2024</u></p>	
<p>Nom et prénom du malade : <u>EL FAHSSOUNI Fatima</u> Age:</p>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
<p>Nature de la maladie : <u>Pathologie</u></p>	
<p>Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALC <input checked="" type="checkbox"/> ALC Pathologie :</p>	
<p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p>	
<p>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.</p>	

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 : / /

nature de l'adhérent(e) :

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

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
13/10/2024	Opérations d'ORL	4 KIS	300.000 Dhs + 300.000 Dhs SPECIALISTE O.R.L 600.000 Dhs	Docteur ZIZI ABDELMAK SPECIALISTE O.R.L MASSIRA EL KHADRA - MAROC Tél: 0524 22 11 11 - 0524 22 11 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL KHADRI Dr. Béchir KHAIROUN Dr. 61, Bd. Abdourahmane Al Khadri 61100 Casablanca INPE 25 092003326	23/02/2024	196,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

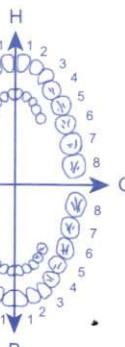
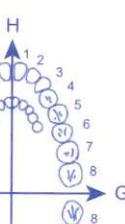
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

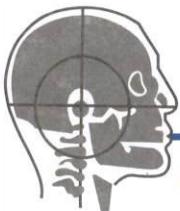
Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<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 :

13/02/2024

الدار البيضاء، في :

Mme. EL FAHSSI

Fatima ZIZI Abdelhak
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 - 022 23.37.71

14h20

M

Zinat Rass

S.V

14h 60

29

Doktory

S.V

39,00

Doula

S.V

39,00

T = 19h,80

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 - 022 23.37.71

29

PHARMACIE AL ALI
93, Bd Massira Al Khadra - Casablanca
Tél: 05 22 23 79 28 - Casablanca

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

شارع المسيرة الخضراء المعابير إقامة السرور - الدار البيضاء

93, Bd. Massira El Khadra Résidence SOROUR - Maârif - Casablanca

NE PAS ACCEPTER SI LA BOÎTE N'EST PAS SCELLÉE

Zinnat

céfuroxime axetil

comprimés 500 mg

10 comprimés



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

PPV: 131,90 DH



6 118001 141456

NE PAS ACCEPTER SI LA BOÎTE N'EST PAS SCELLÉE

JU2026

JU2026

DociVox®

comprimé à sucer

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

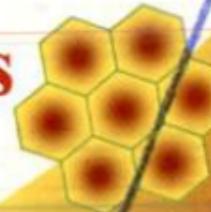
x10

Goût menthe - miel - citron

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

Maux de gorge
Enrouements passagers

LOT: 230838
DLUD: 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



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 ₁₅ Impédancemétrie	1	300.00	300.00
TOTAL			600,00

Arrêtée la présente facture à la somme six cent dirhams.

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L
93, BD MASSIRA EL KHADRA - MAârif
Tél: 022 25 93 89 / 022 98 10 30

67238

Symptome Date d'apparition

Date 13-02-2024

Signe 100% / 100%

Maladie EL FAHSSI Fatima

Age 21 ans

Genre F

Marital Status

Education

Profession

Employer

Phone number

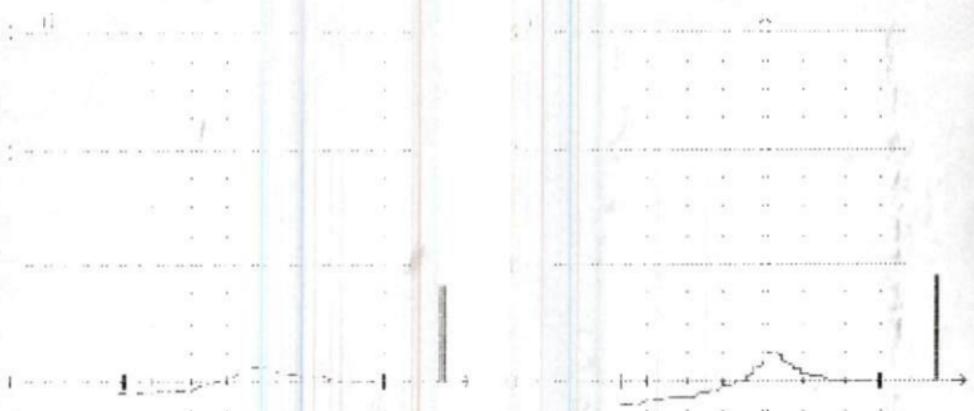
Address

Docteur Zizi Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L.
93, BD MASSIRA KHADRA - Maârif
Tél: 022 75.03.60. Tél/Fax: 022 23.37.77

Tympadiogramme

Right

Left



-300 -200

200 daPa -600

-300

300 daPa

Exhalation 0.3 ml

Inhalation 0.93 ml

Inhalation 0.15 ml

Exhalation 0.27 ml

Measure -20 daPa

Measure 10 daPa

patient 0.1 ml

patient 0.15 ml