

## 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.

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° W19-472726

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **2057**

Matricule : ..... Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **OUARHOUR SALAH**

Date de naissance : **01/01/54**

Adresse : **Residence La Perle NOUACEUR**  
**Immeuble n° 8 AT n° 23**

Tél. : **06 62 74 22 40** Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Docteur M. ZIZI**  
**Médecin Interne des Hôpitaux de Paris**  
**PNEUMOLOGIE ALLERGIES RESPIRATOIRES**  
**45, Av Hassan II - Casablanca**  
**Tél: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 22 23 94**

Cachet du médecin : **25/11/19**

Date de consultation : **25/11/19**

Nom et prénom du malade : **EL BAKORI MALIKA** Age: **63**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **BRONCHITE CHRONIQUE**

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.

**02 DEC. 2019**

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 : **MAR** Le : **25/11/2019**

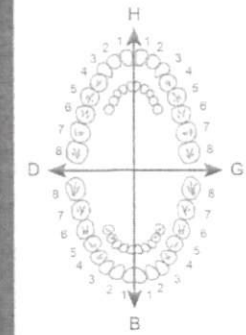
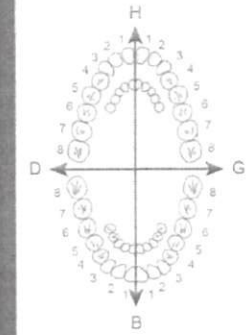
Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
25-11-19		C2	250DH	
		K2	600DH	
		2xK5	600DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25-11-19	563,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25-11-19	2x12	150DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			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"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



# 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-495990

Dos n° 10545

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2257 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ou Achour SALAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-495990

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :



# عيادة أمراض الصدر والحساسية

## CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE RESPIRATOIRE

### Docteur M. ZIZI

Titulaire du CES de Pneumo-Phthisologie  
de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la Société de Pneumologie  
de Langue Française

Membre de la Société Française d'Allergologie

Lauréat et Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

### MALADIES RESPIRATOIRES

Asthme - Allergies

Troubles Respiratoires du Sommeil (Ronflement)

E.F.R. Tests Allergologiques

Fibroscopie Bronchique

Expert assermenté Auprès des Tribunaux



### الدكتور محمد الزيزي

خريج ممتاز من كلية الطب بباريس  
حائز على شهادة أمراض الجهاز التنفسي

عضو الجمعية الفرنسية  
لأمراض الصدر والحساسية

طبيب سابقاً في مستشفيات باريس

45، محج الحسن الثاني - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 22 10 94

الفاكس : 0522 22 13 94

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء

Site Web : [www.cabinetdrzizi.com](http://www.cabinetdrzizi.com)

EL BAKORI MALIKA

1) A prendre à 8h et 20 h

X 1 Inhalation de BRONCOTEC matin et soir

X 1 Clarit 250 matin et soir

1c Kopred 20 matin et soir pendant 03j

2° Toudex sirop

1 cuillère à soupe 3 fois par j

3) Histanorm

1c le soir au coucher

4° Celestene 4

1 injectin IM PAR J PENDANT 03J

Traitement pour 10 j

PPV : 235 DH 00

Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRC

Clarit  
Boîte de

Clarit 250mg  
PPV: 220,00DH

LOT 3640  
UTAV: 09-22

LOT 052258/FC4  
04/2022 PPC 67,90

HISTANORM 10 mg 30 comprimés

PPV 58DH00

EXP 03/2021  
LOT 91020 1

611 800 115 008 3  
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.  
P.P.V. : 45,80 DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouekoura

PHARMACIE MARIANE CALIFORNIE  
Mme BENNOUNA Amal Horya  
Centre Commercial Marjane  
Tél: 0522 21 10 73 Casablanca

Docteur M. ZIZI  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Pneumologue et Allergologue  
Tél: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 22 13 94

## CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-RESPIRATOIRES

DOCTEUR MOHAMED ZIZI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

45 Avenue Hassan II

Casablanca

Tel : 0522.22.10.94 Fax : 0522.22.13.94

E : mail : mdzizi@gmail.com

25.11.2019

Facture de M.(Mme) ELBAKORI MALIKA

La somme de 1700DH

Pour:	Consultation C2 .....	250DH.
	Radiographie Thoracique:Z12.....	150DH
	Exploration Fonctionnelle Respiratoire:K20 .....	650DH
	Tests Allergologiques:2K15 .....	650DH
	E.C.G.: K16.....	300DH
	<del>Echocardiographie Doppler couleur : Z 80.....</del>	<del>900DH</del>
	<del>Echo -Doppler Vasculaire: Z 60.....</del>	<del>800DH</del>
	<del>Holter (rythmique) (tensionnel) : K100 .....</del>	<del>1000DH</del>
	<del>Epreuve d'effort : K 100 .....</del>	<del>1000DH</del>

Docteur M. ZIZI  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
PNEUMOLOGIE ALLERGIES  
45, Av Hassan II - Casablanca  
Tél: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 22 13 94

**CABINET DE PNEUMOLOGIE ET  
D' EXPLORATIONS RESPIRATOIRES**

**DOCTEUR MOHAMED ZIZI**  
**Ancien Interne des hôpitaux de Paris**

45 Avenue Hassan II  
Casablanca

Tel : 0522.22.10.94 e.mail :mdzizi @gmail.com

25.11.2019

Nom:

ELBAKORI

Prenom :

MALIKA

**Radiographie Thoracique**

**Compte Rendu:**

Absence de lésions pleuro parenchymateuses évolutives,

Absence d'atteinte médiastinale

Coeur de volume normal,

**Au Total: IMAGE THORACIQUE NORMALE.**

**Docteur M. ZIZI**  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Explorations Respiratoires  
45 Avenue Hassan II - Casablanca  
Tél: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 22 13 94

**-CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGIES RESPIRATOIRES**

**DOCTEUR ZIZI: MEMBRE DE LA SOCIETE FRANCAISE D'ALLERGOLOGIE**

25.11.19

**BILAN ALLERGOLOGIQUE**

NOM: ELBAKORI  
PRENOM: MALIKA.  
PROFESSION:  
ADRESSE:

Née le :  
SEXE: ♀

**HABITAT**

Aération:  
Moquette:  
Tapis:  
Chat:  
Chien:  
Oiseaux:  
  
Plantes:  
Tabagisme Actif  
Tabagisme passif

**ANTECEDENTS PERSONNELS  
ALLERGIQUES**

I Rhinite:  
I Ashme:  
I Eczéma:  
I Urticaire:  
I Allergie Médicamenteuse:  
I Toux spasmodique  
Oppression thoracique

I ANTECEDENTS FAMILIAUX  
I  
I

AUTRES:

AGE DE DEBUT

SCORE

Eternuements  
Ecoulement  
Obstruction  
Prurit  
Odorat

DEBIT DE POINTE

TESTS CUTANES

- Témoin négatif  
- Témoin positif  
- Poussière de maison  
- Plume

Dermatopté  
D farinae  
Chat  
Chien

Moisissures I  
Moisissures II  
"  
"  
Candida

5 Graminées  
4 Céréales  
Arbres  
Olivier

CONCLUSION

**ALLERGIE AUX POUSSIÈRES ET ACARIENS**

**Docteur M. ZIZI**  
Ancien Interne  
PNEUMOLOGIE - Allergologie  
Paris  
45, Av. Hassan II - Casablanca  
Tél: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 22 13 94