

## 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

20SF

Société :

RAM

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUAÏCHOUR SALAH

Date de naissance :

01/01/54

Adresse :

Residence la Perle Nouaceur

appartement n° 8 nt n° 23

Tél. :

06 62 74 97 40

Total des frais engagés :

Dhs

**Docteur M.ZIZI**

Cadre réservé au Médecin interne des hôpitaux de Paris

PNEUMOLOGIE ALLERGIES

RESPIRATOIRES

45, Av Hassan II - Casablanca

Tél: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 22 23 94

Date de consultation :

25/11/19

Nom et prénom du malade :

el BAKOUI MALIKA

Age: 63

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite

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 :

01/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

El Bakoui Malika

Le : 01/11/2019

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
25-11-94		C2	950DH	Ancien Dr. M. A. B. INAH
		K2	650DH	Dr. M. A. B. INAH
25-11-94		2X15	650DH	Tél: 0522 22 10 94 - 0522 22 10 94 Dr. M. A. B. INAH Doktor M. A. B. INAH Dr. M. A. B. INAH

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.					
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D —————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B				
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>	
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				
	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>				

# 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.



Declaration de Maladie

N° W19-495990

DOS n° 10545

A

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

2257

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ou A CHOUR

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

Enfan

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'at<sup>e</sup> 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) :

N° W19-495990

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

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-Phthisiologie  
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 Interné des Hôpitaux de Paris

### MALADIES RESPIRATOIRES

Asthme - Allergies

Troubles Respiratoires du Sommeil (Ronflement)

E.R.R. Tests Allergologiques

Fibroscopie Bronchique

Expert assermenté Auprès des Tribunaux



**الدكتور محمد الزizi**

خريج متاز من كلية الطب بباريس  
حائز على شهادة أمراض الجهاز التنفسى

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الصدر والحساسية

طبيب سابق في مستشفيات باريس

45، محج الحسن الثاني - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 22 10 94

الفاكس : 0522 22 13 94

خبرير محلف لدى المحاكم

25 NOV 2019

Casablanca, le .....

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

EL BAKORI MALIKA

1) A prendre à 8h et 20 h

1 Inhalation de BRONCOTEC matin et soir

3640 16 Claril 250 mg matin et soir

1c Kopred 20 matin et soir pendant 03J

67,90

2° Toudex sirop

1 cuillère à soupe 3 fois par j

581,00

3) Histanorme

1c le soir au coucher

4580

4° Celestene 4

1 injectin IM PAR J PENDANT 03J

Traitemnt pour 10 j



*Docteur M.ZIZI*  
Ancien Interné des Hôpitaux de Paris  
Tél: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 32 13 94

الدار البيضاء، في  
PPV : 235 DH 00  
Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRC

Claritin Boîte de 10  
Claril 250mg PPU: 20,00DH

LOT 13640  
UT.AV : 09-22  
ARMAS

LOT 052258/FC4  
04/2022 PPC 67,90

HISTANORM 10 mg 30 comprimés

PPV 58DH00 EXP 03/2021  
LOT 91020 1

611 801115 008 3  
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.  
P.P.V. : 45,80 DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouckoura O



## 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 HALIKA

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
	Echocardiographie Doppler couleur : Z 80.....	900DH
	Echo -Doppler Vasculaire: Z 60.....	800DH
	Holter (rythmique) (tensionnel) : K100 .....	1000DH
	Epreuve d'effort : K 100 .....	1000DH

Docteur M.ZIZI  
Ancien Internat 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. M. 2019

Nom: EL BAKORI

Prenom : MALIKA

**Radiographie Thoracique**

**Compte Rendu:**

Absence de lésions pleuro paenchymateuses évolutives,

Absence d'atteinte médiastinale

Coeur de volume normal,

**Au Total: IMAGE THORACIQUE NORMALE.**

Docteur M.ZIZI  
Ancien Interne des hôpitaux de Paris  
PNEUMOLOGIE  
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. M. 19

BILAN ALLERGOLOGIQUE

NOM: ELBAKORI  
PRENOM: MALIKA.  
PROFESSION:  
ADRESSE:

Née le :  
SEX: ♀

HABITAT

ANTECEDENTS PERSONNELS  
ALLERGIQUES

Aération: I Rhinite:  
Moquette: I Ashme:  
Tapis: I Eczéma:  
Chat: I Urticaire:  
Chien: I Allergie Médicamenteuse:  
Oiseaux: I Toux spastique  
Oppression thoracique  
Plantes: I  
Tabagisme Actif I  
Tabagisme passif I ANTECEDENTS FAMILIAUX

AUTRES:

AGE DE DEBUT

SCORE

Eternuements  
Ecoulement  
Obstruction  
Prurit  
Odorat

DEBIT DE POINTE

TESTS CUTANES

- Témoin négatif	Dermatopté	+	Moisissures I	5 Graminées
- Témoin positif	D farinae	+	Moisissures II	4 Céréales
- Poussière de maison	Chat	"	III	Arbres
- Plume	Chien	"	IV	Olivier
			Candida	

+

CONCLUSION

ALLERGIE AUX POUSSIERES ET ACARIENS

Docteur DR ZIZI  
Ancien interne  
PNEUMOLOGIE & ALLERGIES  
RUE DE LA CHAUMIERE  
45, AV RABAT 11 - CASABLANCA  
Tél: 0522 22 10 54 - Fax: 0522 22 13 94