

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.

Biologie 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

83963

Déclaration de Maladie : N° P19-0003298

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5131 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAROUSSI Nourah Date de naissance :

Adresse : Jeddah

Tél : 0661213473 Total des frais engagés : 300 + 300 + 433,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE I.R.L.
13, BD MASSIRA EL KHADRA - Marrakech
Tél : 022 25 97 90 Fax : 022 25 97 71

Date de consultation : 26/08/2021

Nom et prénom du malade : M. LAROUSSI MAJAT Age :

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

Nature de la maladie : Pharyngite

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 : CASABLANCA

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

Le : 26/08/2021

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE I.R.L.
13, BD MASSIRA EL KHADRA - Marrakech
Tél : 022 25 97 90 Fax : 022 25 97 71

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
26/08/2021	Cs		300.000	 Docteur ABDELHAK SPECIALISTE O.R.L 13, BOU HASSAN EL KHADRA - MAARIN 022 23 37 51
	-		300.000	
	KIS		600.000	

- Impedance matching

Doc. 102 Modelhak
SPECIALISTA O.R.L
13- BUD. MASSALAH KANDRA - Maatiri
Tel: 022 23 37 51 Fax: 022 23 37 51

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/8/21	433,80

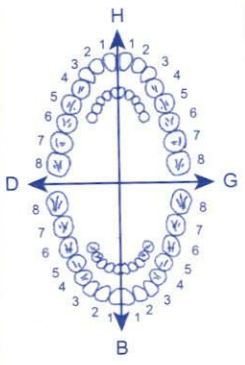
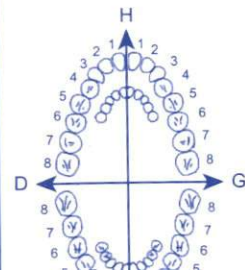
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

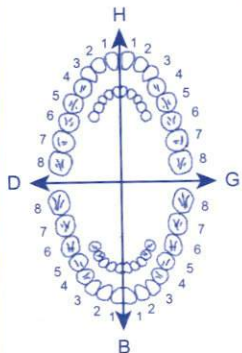
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

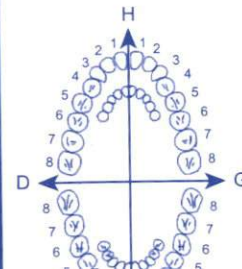
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

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 TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS



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 : 26/08/2021 في : الدار البيضاء,

Am LAROU
NAJAT

LOT : 305403
PER : 12/2023
PPC : 64, 50 DH

Fitopolur à Sucen

1's
Mcpā sucen

19,40

19,40

1's
x2 Auhhio Sul

19,40

47,80

1's
r q t el

47,80

3/

1's
D e z

LOT : 9761
UT. AV : 06-24
P.P.V : 22 DH 00

1's
el

1's
Chus

1's
Rippe

Date Per : 3
P.P.V : 119,10 DH

Tél.: 05 22 25 93 69 / 05 22 98 10 30 - Tél./ Fax : 05 22 23 23 15 - GSM : 06 61 53 67 43 - E-mail : ziziabdelhak@gmail.com

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

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. LAROUÏ NAJAT

Note d'honoraires

LE : 26/08/2021

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			
Impédanceméétrie	1	300.00	300,00
TOTAL			600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de six cent dirhams.

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L
43, Bd MASSIRA EL KHADRA - Mairit
Tél : 022 25 93 89 / 022 98 10 30 / 022 23 23 15

93, Bd Massira El Khadra, Résidence SOROUR Tél : 022 25 93 89 /
022 98 10 30 Fax : 05 22 23 2315 Email : ziziabdelhak@gmail.com

A7235

Sabir : Date : Pr : ncou :

Date 26.08.2011

Age :

NAME : AME LAROU MAJAT

Address :

City :

State :

Country :

Phone :

Mobile :

E-mail :

Referral :

Docteur ZIZ Abdelhak
SPÉCIALISTE O.R.L.
33, BD MASSARA EL MADRA - Média
Tél : 022 25 97 70 Fax : 022 23 37 31

Tympanogram

Right

Left

