

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.

Matricule : 20545

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MASROUR Abderrazak

Date de naissance :

28/01/45

Adresse :

32, B^t Kennedy Casa

Tél. :

066129.09.69 Total des frais engagés : 2.167.44

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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'adhérent 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) :



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
10/03/2020	C.D.M.K.A.G	4.000.000dt	4.000.000dt	INP : 0911141210118
	K.35	1600.000dt	1600.000dt	
20/03/2020	(K30 + K30)/2	8000.000dt	8000.000dt	Docteur ZIAD Abdellah SPECIALISTE O.R.L. 13, Bd MASSINA EL HADRA - Marrakech - 022 23.37.71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VADAD'S PHARMACIE M Zouka N° 2 Avenue Habib Bourguiba Casablanca - Afrique Tél: 0522.94.20.29	10/03/2020	167.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

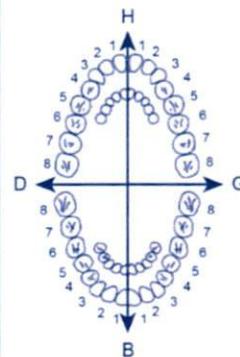
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

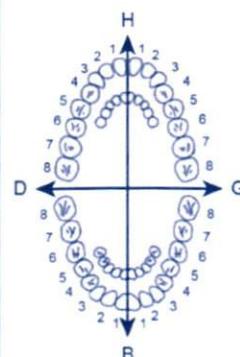
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

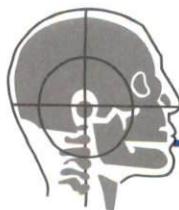
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



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 - والعنق - الصمم والدوخة

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

10 / 03 / 2020

الدار البيضاء، في

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L
13, BD MASSIRA EL KHADRA - Maârif
Tél. : 05 22 25 93 89 / 05 22 98 10 30 - Fax : 05 22 23 23 15 - GSM : 06 61 56 67 43 - E-mail : ziziabdellah@gmail.com

ame. MASROUR
SOUAD

78,00



89,00

14

Zenmug

2W

en plus
de, you

2W

167,00



Par gélule	
250 mg	
5 mg	
Vendé LOT 19249/FC9	
Gélules p... 09/2022 PPC 84,70	
n'est pas un médicament	

L'a
L'a
mè
et

as 2

78,00

P



Audition Santé

De L'expérience à l'application

223, Ang Bd.abdel Moumen et place du Docteur
Charles Nicole Casablanca app N°35
Tél.: 05 22 27 86 04 - fax: 05 22 27 86 05

Nom : Ame. MEKOUAR E. p. NASROUR

Prénom : SOUAD

Age :

Profession :

Adresse :

Date : 10-03-2008

AUDIOGRAMME

OBSERVATIONS :

.....

.....

.....

.....

.....

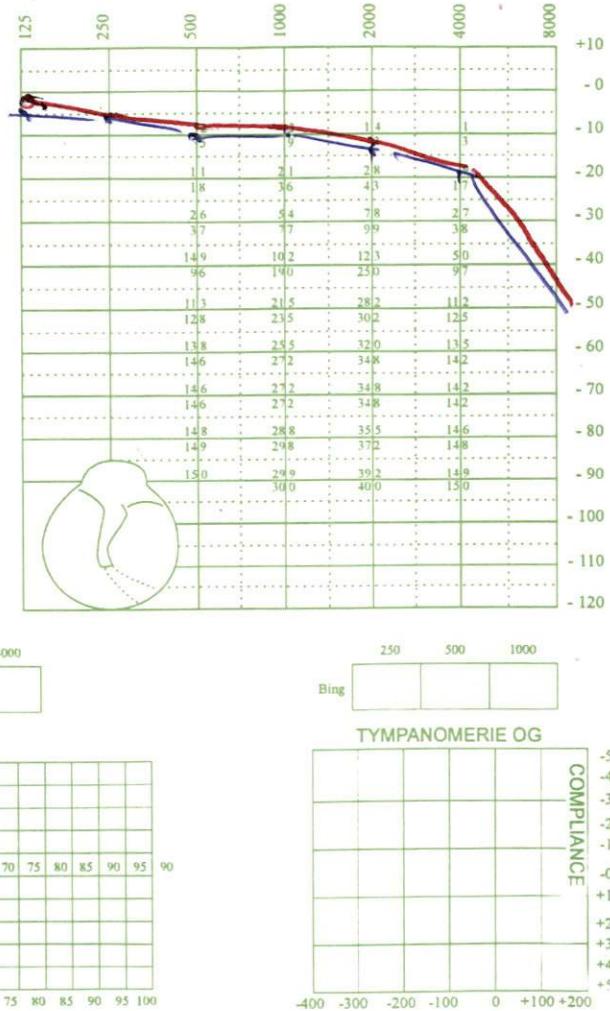
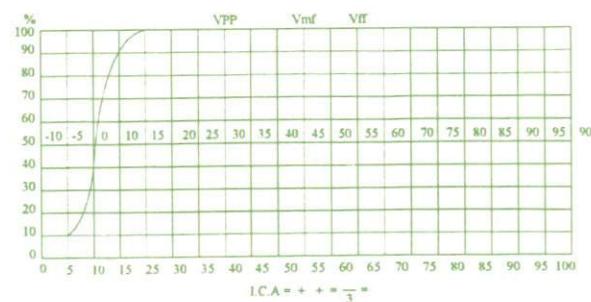
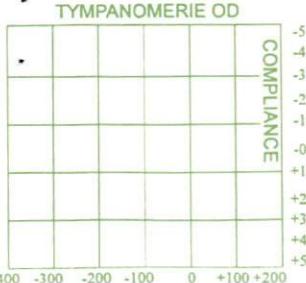
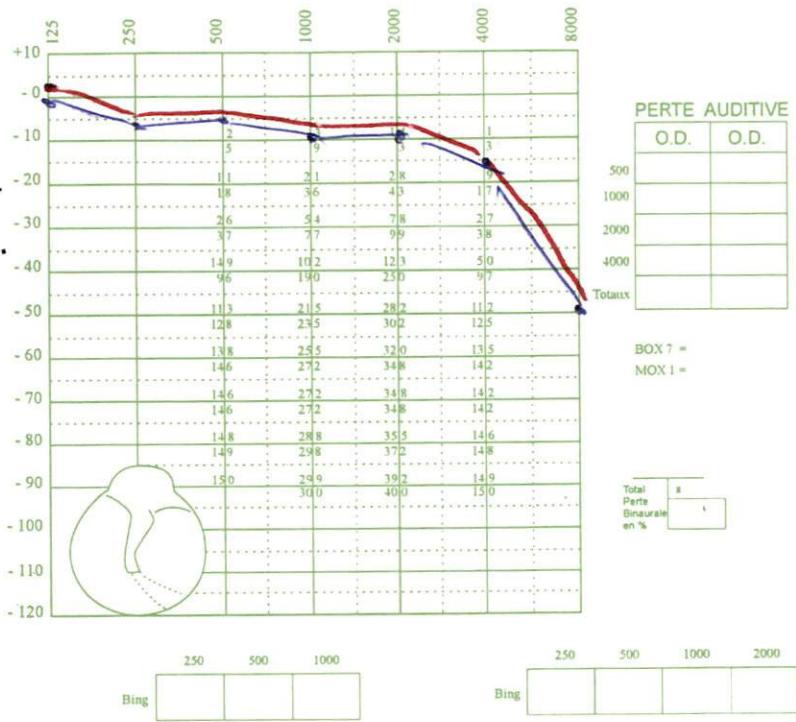
.....

.....

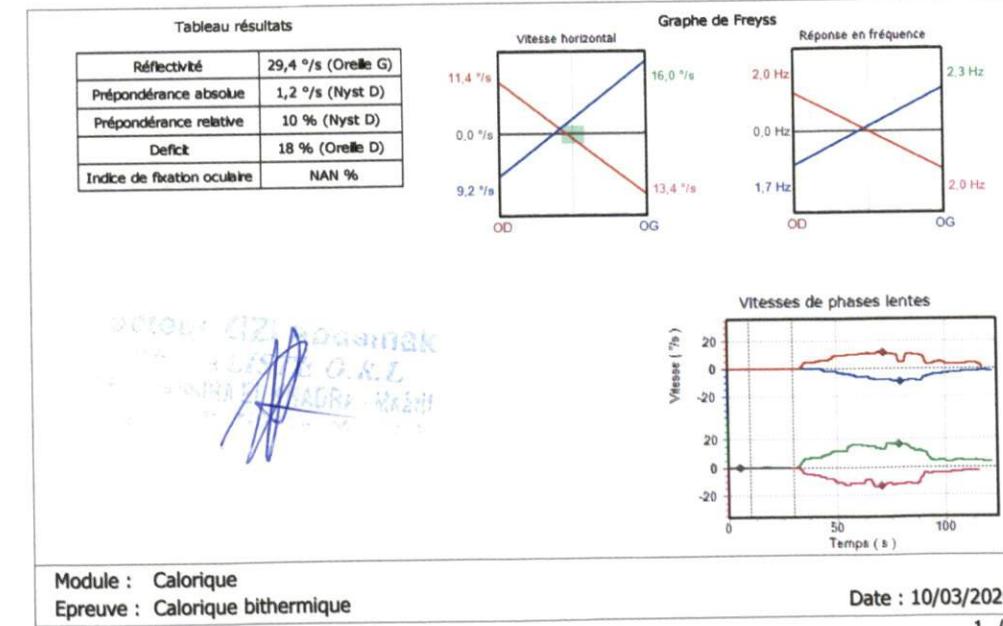
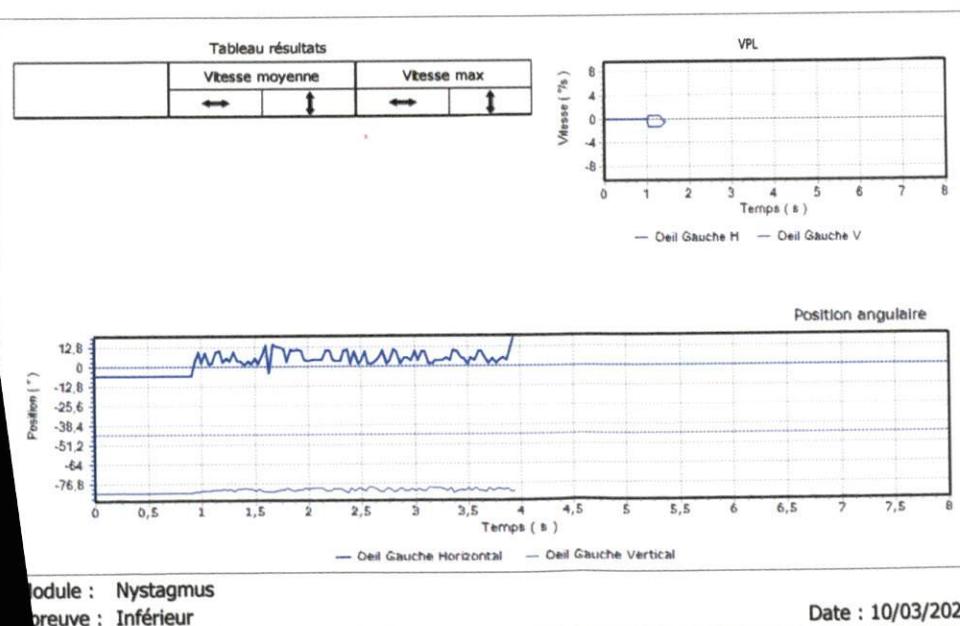
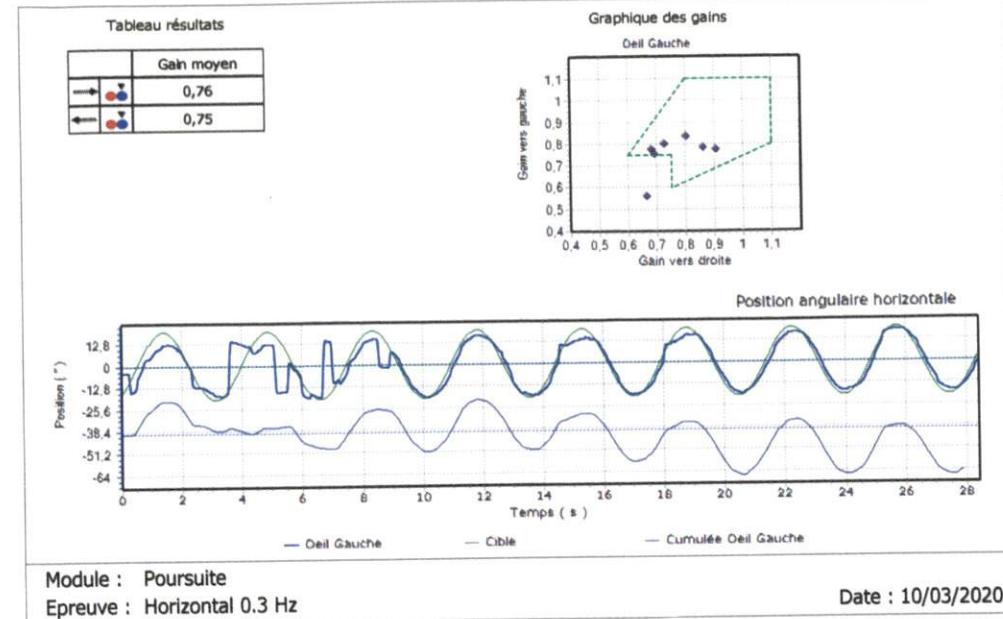
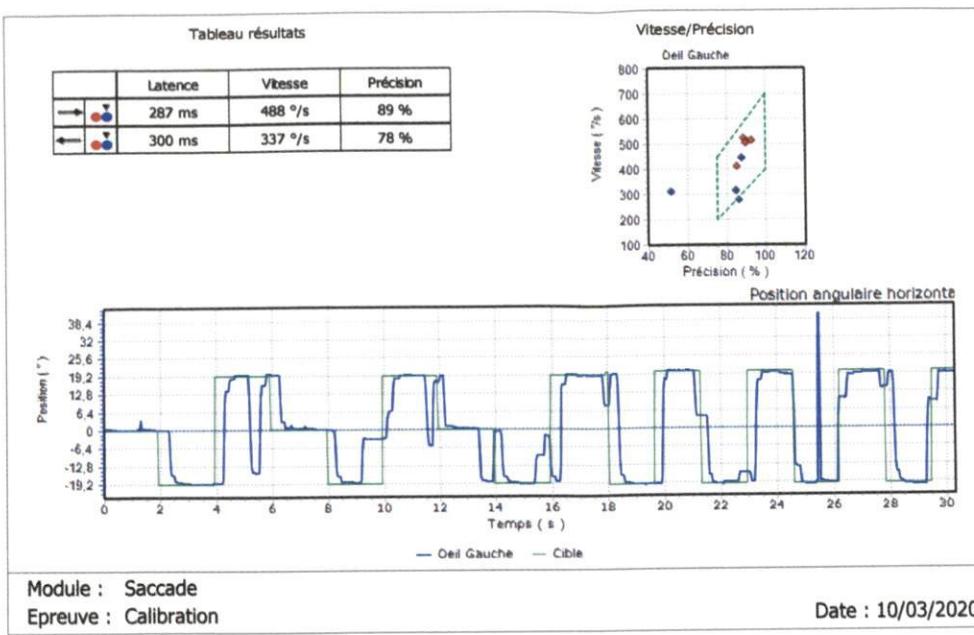
.....

Docteur ZEZZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L.
33, BO MASSIRA EL KHAURA - Khénif

.....
.....
.....



Médecin : DOCTEUR ZIZI ABDELHAK
Patient : MEKOUAR SOUAD EP MASROUR 28/07/1955



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. MEKOUAR SOUAD Ep. MASROUR

Note d'honoraires

LE : 10/03/2020

I.C.E : 001602585000062

I.N.P: 091142018

Désignation	Nombre	Prix Unitaire T.T.C	Prix Total T.T.C
C _s + K ₁₀ Consultation spécialisée+examen labyrinthique	1	400.00	400.00
K ₂₅ Audiogramme complet	1	400.00	400.00
(K ₃₀ + K ₃₀)/2 Vidéo Nystagmographie Vidéo Oculographie	1	1200.00	1200.00
TOTAL			2000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de deux mille dirhams.

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE ORL
93, Bd MASSIRA EL KHADRA - Maârif
Signature : 

Signé :

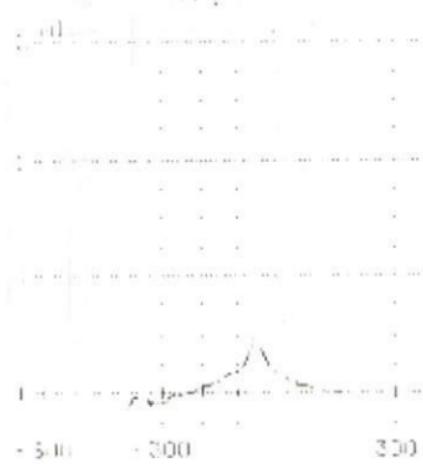
AT235

Séance Date Printout

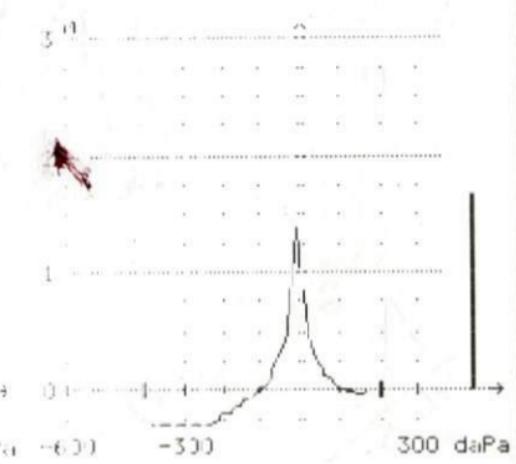
Date: 10-03-2020
 Age: _____
 Name: Ame. MÉKOUAR SOUAD Ep.
 Address: GIAS ROUR
 Name: _____
 Name: _____
 Name: _____
 Phone: _____
 Email: _____
 Examiner: Dr. MOUSSA EL HADRI M.D.
 Referrer: _____

Tympanogram

Right



Left



Left

Right

Ear Volume: 0.31 ml
 Compliance: 0.41 ml
 Pressure: +31 daPa
 Gradient: 0.21 ml

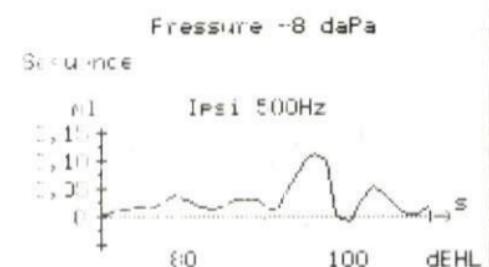
Ear Volume: 1.65 ml
 Compliance: 1.40 ml
 Pressure: -5 daPa
 Gradient: 1.11 ml

Reflex

Right



Left



Spatio-temporal

