

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.

N° W19-570214

44685 *AM*

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)
10953

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAHDY HANANE

Date de naissance :

18/10/1976

Adresse :

Aglet des roses Hay chifa

Tél. : **6661437114**

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

**DOCTEUR A. ADDIHLAR
SPECIALISTE O.R.L.
33, BD MASSIRA EL KHADRA - MARAKKESH
TÉL: 0227782202**

Cachet du médecin :

Date de consultation :

10/10/2020

Nom et prénom du malade :

AME CHAHADY HANANE

Lien de parenté :

Même

Pion

Nature de la maladie :

OTHE

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 et au 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 :

13/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/10/2020



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL KASB Dr BENCHERKOUR 83, Bd Massira Al KASB Tél: 05 22 23 79 28	10/09/2020	19,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est pme 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 bila

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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. CHADY HANANE

Note d'honoraires

LE : 10/09/2020

I.C.E : 001602585000062

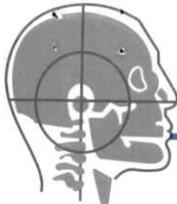
I.N.P: 091142018

Désignation	Nombre	Prix Unitaire T.T.C	Prix Total T.T.C
Cs Consultation spécialisée	1	300.00	300.00
K ₂₅ Audiogramme complet	1	450.00	450,00
TOTAL			750,00

Arrêtée la présente facture à la somme de sept cent cinquante dirhams.

Signé :

Docteur ZIZI ABDELHAK
SPECIALISTE ORL
13, Bd Massira El Khadra - Marrakech
Tél: 022 23 03 01



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 بياراتز

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

الدارالبيضاء، في : ١٥/٠٩/٢٠٢٠ Casablanca, le :

Am. CHADY HANANE
B.P. 1121 13001 CASABLANCA
TÉL: 02/23.83.86 - TÉLÉ: 02/23.87.71

X, 40 Antibiotiskan



Docteur ZIZI Arcanak
SPECIALE STUDIO R.L.
10 BIS AVENUE EL KHEDDAR Meurt
02 3850 7616 322 23 37 71

Tél. : 05 22 25 93 89 / 05 22 98 10 30 - Tél./ Fax : 05 22 23 23 15 - GSM : 06 61 56 67 43 - E-mail : ziziabdellah@gmail.com

93، شارع المسيرة الخضراء المعابد اقامة السرور - الدارالبيضاء

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

AT235

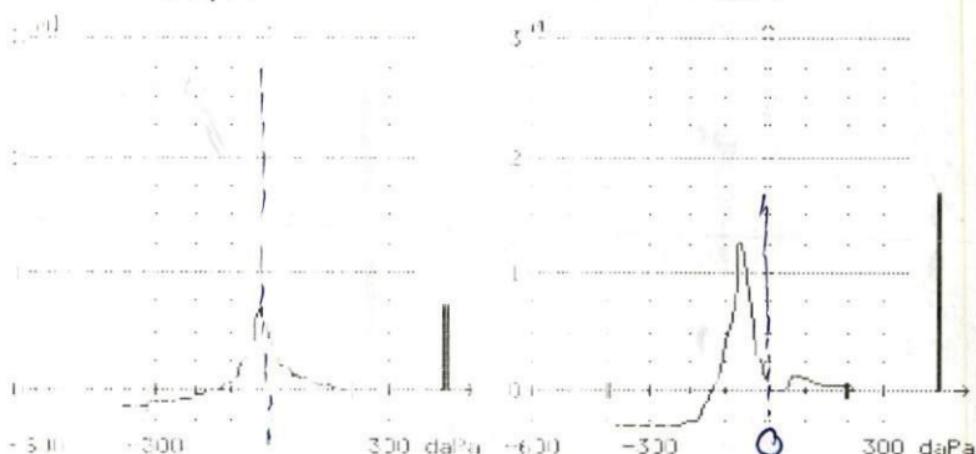
Subject Data Printout

Id: 101 Date: 10-09-2020
 Sex: Age: 1
 Name: Amel CHADY HANANE
 Address:
 City:
 State:
 Country:
 Phone:
 Email:
 Doctor: Docteur ZIZA Abdelhak
 Specialiste: SPECIALISTE O.R.L
 Location: 93, BD MASSIRA EL KHADRA - Maârif
 Phone: Tél: 022.25.93.00 - Tél / Fax: 022.23.37.71

Tympanogram

Right

Left



End Tolerance 0.21 m

Ear Volume 1.65 ml

Outer Tolerance 0.21 m

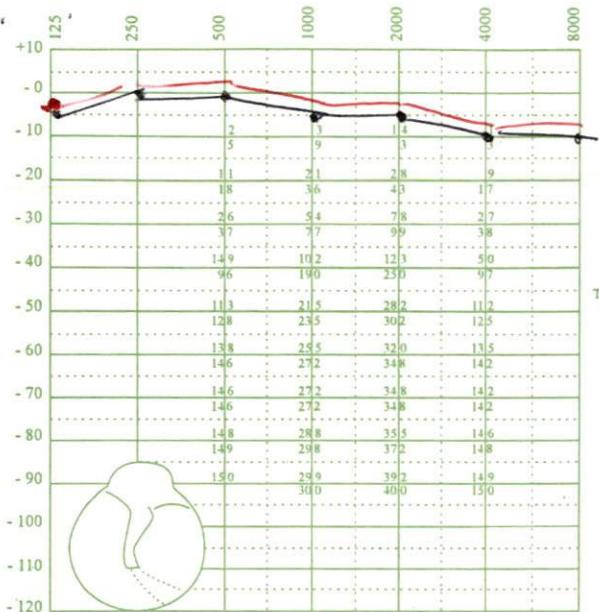
Compliance 1.27 ml

Pressure -51 daPa

Pressure -55 daPa

Offset 0.47 m

Gradient 1.02 ml



PERTE AUDITIVE

O.D.	O.D.
500	500
1000	1000
2000	2000
4000	4000
8000	8000

Taux

BOX 7 =
MOX 1 =

Total Perde
Binaurale
en %

Bing

--	--	--

Bing

--	--	--



Bing

--	--	--

TYMPANOMERIE OG

COMPLIANCE

--	--	--

