

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-696646

118725

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>36128</u>		Société : <u>RAN</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Zizi</u>
Nom & Prénom : <u>Zizi Mohammed</u>			
Date de naissance : <u>26/06/156</u>			
Adresse : <u>128. Michel Ange Roca</u>			
Tél. : <u>06631633</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<u>Docteur Tarik ZIAD</u> Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale Bd. Zerkouni Imm. Koutoubia Centre 18 Apt. 3 Guéliz Casablanca - Tél. : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18 <u>22 AVR 2022</u>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : _____ Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <u>الدكتور طارق زiad</u> <u>Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie</u> <u>et Chirurgie Cervico-Faciale</u> <u>Bd. Zerkouni Imm. Koutoubia Centre 18 Apt. 3 Guéliz</u> <u>Casablanca - Tél. : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18</u> <u>22 AVR 2022</u>			
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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

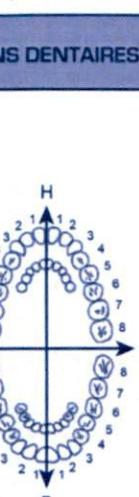
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : 22 AVR 2022

Signature de l'adhérent(e) : _____

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CARREFOUR ALBI Ordonnance délivrée à Mme Mme [unclear] Cachet pharmacien [unclear]	22/04/22	649,70

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	DENTS TRAITÉES Dents Traitées	NATURE DES SOINS Nature des Soins	COEFFICIENT Coefficient	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXÉCUTION												
				FIN D'EXÉCUTION												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXÉCUTION												
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																

DOCTEUR TARIK ZIAD

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngolog,
et chirurgie cervico-facia.

- Diplôme de rééducation vestibulaire
université Paris 6 France
- Diplôme de Rhinologie
université Paris Descartes France

N° lot : 21007
PER : 06/24
PPV : 75 DH 50



75,50



جامعة باريس 6 فرنسا
ج. الجيوب الأنفية
دبلوم عالٌ أمراء

22 avril 2022

Mlle ZIZI Nour

96,80

RESPIMER KIT

129,90

1 LAVAGE DEUX FOIS PAR JOUR pendant 2 Mois



AVAMYS NASAL SPRAY

115,00 x 2

2 pulvérisations par narine le matin pendant 2 mois



PREDNI CP 20MG

42,00

3 CP PAR JOUR LE MATIN PENDANT



XYCET

75,50 x 2

1 cp par jour le soir pendant 2 Mois

649,70

دكتور طارق زياد
Docteur Tarik ZIAD
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
Bd. Zerkouni Immeuble Koutoubia Centre 1B Appt. 3 Gueliz
Marrakech - Tel: 05 24 43 02 22/GSM: 06 41 17 08 13



الموقع الإلكتروني: cabinet.orl.ziad@gmail.com : site web : www.orl-marrakech.com :
الهاتف: 0661170813 : Tél.: 0524430222 : مصلحة عurgences: 0661170813 :
شارع الزرقطوني عمارة الكتبية مراكش شقة 3 - جيليز مراكش
Boulevard Zerkouni Immeuble koutoubia centre 1B Appt 3 Gueliz Marrakech

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
ID: 647758
6 118001 142262

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
ID: 647758
6 118001 142262

CODE INPE



071182265

ICE : 001898 483000027

DOCTEUR TARIK ZIAD

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie
et chirurgie cervico-faciale

- Diplôme de rééducation vestibulaire
université Paris 6 France
- Diplôme de Rhinologie
université Paris Descartes France



الدكتور

طارق زياد

إختصاصي

أمراض و جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة

و جراحة العنق و الوجه

• دبلوم علاج الدوخة و اضطراب التوازن

جامعة باريس 6 فرنسا

• دبلوم علاج أمراض الأنف و الحيوان الأنفية

جامعة باريس ديكارت فرنسا

22/04/2022

COMPTE RENDU RHINOCAVOSCOPIE

Mlle ZIZI Nour

FOSSES NASALES :

- muqueuse d'aspect inflammatoire
- cornets et méats: hypertrophie des CI

RHINOPHARYNX :

- Muqueuse d'aspect inflammatoire
- Sécrétions muqueuses adhérentes à la paroi postéro-supérieure
- Fossettes de RosenMuller libres

الدكتور طارق زياد

Docteur Tarik ZIAD

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale

Bd. Zerkouni Imm. Koutoubia Centre 1B Appt. 3 Guéliz
Marrakech Tel : 05 24 43 02 22/GSM : 06 61 17 08 13

Email: cabinet.orl.ziad@gmail.com site web : www.orl-marrakech.com : الموقع الإلكتروني : البريد الإلكتروني :
الهاتف: 0661170813 / مساعدة: 0524430222
شارع الزرقطوني عمارة الكتبية مركز B1 شقة 3 - جيليز مراكش
Boulevard Zerkouni Immeuble koutoubia centre 1B Appt 3 Gueliz Marrakech

CODE INPE



071182265

ICE : 001898 483000027

DOCTEUR TARIK ZIAD

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie
et chirurgie cervico-faciale

- Diplôme de rééducation vestibulaire
université Paris 6 France
- Diplôme de Rhinologie
université Paris Descartes France



الدكتور طارق زياد

إختصاصي

أمراض و جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة
وجراحة العنق و الوجه

- دبلوم علاج الدوخة و اضطراب التوازن
جامعة باريس 6 فرنسا

- دبلوم علاج أمراض الأنف و الجيوب الأنفية
جامعة باريس ديكارت فرنسا

Marrakech le : 22 AVR 2022 مراكش في :

Nom et Prénom du patient(e): ZIZI NOUR

Note D'honoraires

Consultation Orl +Rhinocavoscopie

Prix : Trois Cent Cinquante Dirhams / 350 Dirhams

Signature et Cachet Du Médecin

الدكتور طارق زياد
Docteur Tarik ZIAD
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
Bd. Zerkouni Immeuble Koutoubia Centre 1B Appart 3 Gueliz
Marrakech تونس: 02 24 42 00 24/02 02 24 42 00 12

الموقع الإلكتروني : cabinet.orl.ziad@gmail.com site web : www.orl-marrakech.com
الهاتف: 0524430222 / مساعدة: 0661170813
شارع الزقطوني عمارة الكتبية مركز B1 شقة 3 - جيليز مراكش
Boulevard Zerkouni Immeuble koutoubia centre 1B Appt 3 Gueliz Marrakech

CODE INPE



071182265

ICE : 001898 483000027