

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie : N° P19-0005839

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6119 Société : 7297
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ANANE Abdelmajid Date de naissance : 26/02/1962
 Adresse : Wabli 5 B3 H'hamid Morrahech
 Tél. : 06 65 64 87 85 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin :
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 26 JUL 2022
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 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 : Marrakech Le : 26 / 07 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) :

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
26/01/2022	CS Denture Somme		3000	<p>الدكتور طارق زياد</p> <p>Docteur Tarik ZIAD</p> <p>Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale</p> <p>Bd. Zerktouni Immd. Koutoubia Centre 18 Appt. 3 Guéliz Marrakech - Tél : 05 24 43 02 22 / GSM : 06 61 17 08 13</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

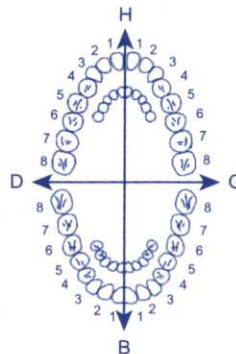
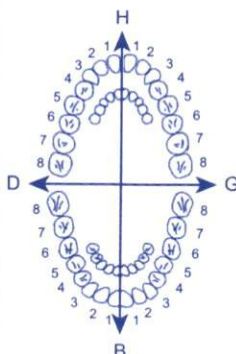
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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 :26-JUL-2022.....: مراكش في

Note D'honoraires

➤ Nom et Prénom du patient(e): ANANE ABDELMJID

Consultation Orl + Aspiration d'oreille

Prix : Trois Cents Dirhams / 300 Dirhams

Signature et Cachet Du Médecin

الدكتور طارق زياد
Docteur TARIK ZIAD
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
Bd. Zerktouni Immeuble Koutoubia Centre 1B Appt. 3 Guéliz
Marrakech - Tél: 05 24 43 02 22 / GSM : 06 61 17 08 13

Email: cabinet.orl.ziad@gmail.com : الموقع الإلكتروني : البريد الإلكتروني : site web : www.orl-marrakech.com

الهاتف : 0524430222 / Tél.: 0524430222 : مستعجلات : 0661170813

شارع الزرقطوني عمارة الكتبية مركز B1 شقة 3 - جيليز مراكش

Boulevard Zerktouni Immeuble koutoubia centre 1B Appt 3 Gueliz Marrakech

CODE INPE



071182265

ICE : 001898 48300027

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



26/07/2022

الدكتور
طارق زياد

إختصاصي

- أمراض و جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة
- جراحة العنق و الوجه
- دبلوم علاج الدوخة و اضطراب التوازن
- جامعة باريس 6 فرنسا
- دبلوم علاج أمراض الأنف و الجيوب الأنفية
- جامعة باريس ديكارتر فرنسا

compte rendu d'aspiration d'oreille

Mr. ANANE ABDELMJID s'est présenté pour bouchon de cérumen bilatéral ayant nécessité une aspiration d'oreille bilatérale sous microscope avec à l'otoscopie des tympans d'aspect normal.

ce rapport est délivré à l'intéressé pour servir et faire valoir ce que de droit.

cordialement

DR ZIAD TARIK

الدكتور طارق زياد
Docteur TARIK ZIAD
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
Bd. Zerkteuni Imm. Koutoubia Centre 1B Appt. 3 Gueliz
Marrakech - Tél : 05 24 43 02 22 / GSM : 06 61 17 08 13

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

CODE INPE



071182265

ICE : 001898 48300027