

## COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR OBTENIR 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : 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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-432234

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

04892

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

BENNANI DOUBZI M. J

Date de naissance :

11.04.57

Adresse :

DIAD JAOUAR II N° 8 TARGA  
RAU

Tél. :

0661582510

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الطبيب طارق زياد  
**Docteur Tarik ZIAD**  
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie  
et Chirurgie Cervico-Faciale  
Bd. Zerkouni Imm. Koutoubia Centre 18 Appt. 3 Guéliz  
Marakech - Tél : 05 24 41 03 22 / GSM : 06 61 17 08 13

Date de consultation :

20 JUL 2019

Nom et prénom du malade :

Bennani Douzi Rim

Age :

19

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

diabète sucré - maladie chronique

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 :

Marakech

Le :

07 / 07 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
29/07/2019	G		250 DH	INP : 07118226 Docteur Tarik ZIAD Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale 80, Zerkouni Imm. Koutoubia Centre 18 Appt. 3 Guéliz Marrakech - Tél : 05 24 43 62 22 / GSM : 06 61 17 08 13

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/07/19	249,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DATE DU DEVIS [ ]														
				DATE DE L'EXECUTION [ ]														

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

امراض وجراحة الأذن والأنف والحنجرة  
وجراحة العنق والوجه

- دبلوم علاج الحنكة واضطراب التوازن
- جامعة باريس 6 فرنسا
- دبلوم علاج أمراض الأنف والجيوب الأنفية
- جامعة باريس ديكرت فرنسا

Marrakech le : ..... 20 جويل 2019 ..... مراكش في:

Melle Bennani Douli Rim

187,00

1 - Actlow poche 18

1 poche x 3' m

48,00

2 - Gbipred cp 20mg

2 cp/m le matin

14,00

3 - Doliprane cp 18

249,00

PHARMACIE AL ANDALOUS  
Iham DIRA  
Pharmacienne  
Bassira 1 AN 3 - Marrakech  
Tél/Fax: 05 24 42 02 30

الدكتور طارق زياد  
Docteur Tarik ZIAD  
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie  
et Chirurgie Cervico-Faciale  
Boulevard Zerktouni Immeuble Koutoubia Centre 1B Apt 3 Gueliz  
Marrakech - Tél: 05 24 42 02 22 / GSM: 06 61 17 08 13

Urgences: 0661170813 / مستعجلات / Tél.: 0524420222 / الهاتف  
email: cabinet.ori.ziad@gmail.com site web: www.cabinet.ori.ziad.com

شارع الزركتوني عمارة الكتبية مركز B1 شقة 3 - جليلز مراكش  
Boulevard Zerktouni Immeuble koutoubia centre 1B Apt 3 Gueliz Marrakech

CODE INPE  
071182265  
ICE: 001898 48300027