

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 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 - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-775749

147479

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1921 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARFI SAID

Date de naissance : 12-11-1962

Adresse : 595 39 EL QUODS, OULED TALEB ANASSER

Tél. : 066147884

Total des frais engagés : 4000,957 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Saadia ZAFAT
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADIN
Tél: 05 22 77 77 40 à 41
Gsm: 06 52 52 52 52

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/2022

Nom et prénom du malade : MONSIEUR SAIDTA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Thrombocythémie essentielle

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 : CASABLANCA le 21/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr. Sahar Zaki
Professeur Agrégée
Généraliste - Oncologie

N° des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31622			Contrôle	INP : 50133-18A Dr. SARRA Professeur Agré Nématologie - Onc CLINIQUE ALM Hôpital de la
31623			400	

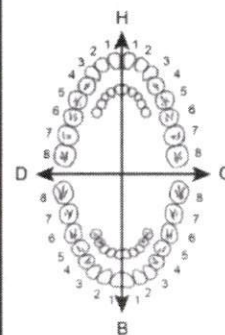
Dr. Sana Zaf
Professeur Agrégé
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MAJID

Dr. Samir Ayoub
Professeur Agrégé
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MAJID

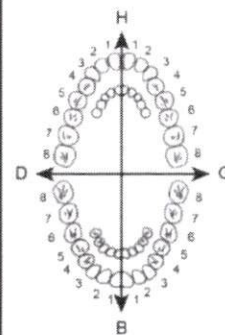
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie des Miroirs 303 Allée du Dragon 91000 EVRY Tél. : 01 60 77 50 34 91 2 01333 1	19/01/2023	957 EUR

[illegible][illegible]

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



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS :

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION



Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاف

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, le.....

23 décembre 2022

Mme MONSSEF Bahia

ANAGRELIDE 0,5 MG

6 boîtes

Pharmacie des Miroirs
303 Allée du Dragon
91000 EVRY
Tél. : 01 60 77 50 34
91 2 01333 1

(Médicament non disponible au Maroc)

*Deliv 6 boîtes
ANAGRELIDE
0,5 mg*

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL-MADINA/
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Fax: 05 22 77 77 40

PHARMACIE DES MIROIRS
MR FATHALLA
91 2 01333 1
303 Square de dragon
91000 EVRY
Tel: 0160775034
Ordonnance: 23/12/22
Delivrance: 19/01/23
Vendeur: 1

Facture no : 183531
Malade : MONSSEF
24445 Bahia

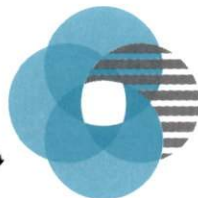
91000 EVRY

Medecin: ZAFAD SAADIA

Qte	P. unit	Cip	Designation	Base	Hon.	taux	Ordo
6	157.80	3400930130001	ANAGRELIDE 0.5MG BIOGARAN GELU 1 HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	157.80	1.02 0.51 3.57	100% 70% 70%	000413608
TOTAL GENERAL:		957.00	TOTAL ASSURE:	957.00			
TOTAL R. D. :		0.00					
TOTAL R. C. :							

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL





F A C T U R E

N° : 2466 / 2023 du 30/01/2023

Nom patient **MONSSEF BAHIA**
PAYANT

Entrée 25/01/2023
Sortie 25/01/2023

CONSULTATION PR ZAFAD

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION PR ZAFAD S	1,00	CSZS	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS	Total	400,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Dr. Saadia ZAFAL
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
05 22 77 77 07

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom MONSSEF

Bahia

(24445)

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

Vd:1

ADRESSE de L'ASSURE(E)

91000

ÉVRY

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MR FATHALLA

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE DES MIROIRS

303 Square de dragon

91000 EVRY

91 2 01333 1

Tel: 0160775034

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom ZAFAD SAADIA

raison sociale

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

2 3 1 2 2 0 2 2

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "a"
et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

Code	Code	Top	Base					Nb	Mode	Indic.	Date	Date
Acte	Cip/Lpp	Labo	Decond.	Qte	Rembt	Mt factu.	Libelle	Btes	Presc.	Substi.	Deb loc	Fin loc
PH1	34009 3013000 1			6	157.80	946.80	ANAGRELIDE 0,5MG BIOGA					
HD1				6	1.02	6.12	Honoraire de dispensat					
HDR				1	0.51	0.51	HONORAIRE MEDICAMENT R					
HDE				1	3.57	3.57	HONORAIRE MEDICAMENT S					

Imprimer les codes à barres
ou coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

9 5 7 0 0

Part ASS.: 957.00

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

MR FATHALLA

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer