

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-786130

76659

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 123 M Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEFZAFY AMINE

Date de naissance : 29/02/1984

Adresse : Riad Al Andalous AMBRA 3 Immb 32 Apt 2 Hay Riad Dabat

Tél. : 0668493088 Total des frais engagés : 550,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zoubaida SANHAB AMRANI
Pédiatre
Cité Ibn Sina, Centre Commercial
Rue au 1, Agdal - Rabat
Tél. 05 37 69 93 47/55 03 57 38 88
NPE: 101168987

Date de consultation : 27 / 07 / 2023

Nom et prénom du malade : Zefzafy Amine Age : 25 ans

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

Nature de la maladie : Angine

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 : Rabat Le : 26 / 09 / 2023

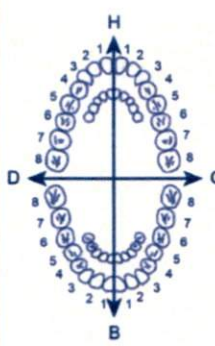
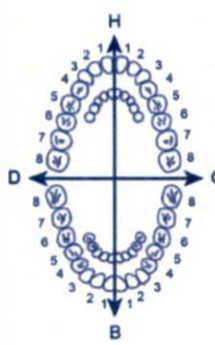
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27-07-2023	300.80

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
		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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.															
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			H <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: left;">25533412</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: left;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: right;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table> B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					COEFFICIENT DES TRAVAUX									
						MONTANTS DES SOINS									
				DATE DU DEVIS											
				DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Zetazy 24m

Rabat le 27-07-2023

93.40 x 2 = 186.80

93,40

 $S_{3,7e}$

1) of/k

1 dose 13dp water skin
pdt 8p

17.50

2) Noti per di. Supra

the 1st distribution
1 den 134p luts is 64

19,00

3) Número de

134 3 hr

77.50

4) Vibrations $\Rightarrow f$

1. a le water
pdt 15p

T: 300 ~~4180~~

T: 300 80 80

PHARMACIE LA VITALITE

Dr. Mohamed El Afy
Av. Arabe, 36, Saida, Algérie - El Coudj
98011 - 021 4000997 - Fax 12200

PHARMACIE LA VITA
Dr. Mohamed El Afy
Av. Attouf, 66, 90000, Algiers
Algiers, Algérie, 90000
Tél: 021 77 11 10 80
Fax: 021 77 11 10 80
E-mail: elafy@vita-90000.dz
Web: www.vita-90000.dz

Dr. Zoubaida SANHAJI AMRANI
Pédagogue
Commerciales

Dr. Zoubaida SAHOU
Rédactrice
Cité Ibn Sina, Centre Commercial
Boulevard 1, Alger, Algérie
Tel: 05 37 00 13 20 / 05 37 00 13 28
14PE 10248987



Cité Ibn Sina, centre commercial, bureau n 1 Agdal Rabat

Tel : 0808 573 888 / 0537 686 347

Email : zousanh@hotmail.com