

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


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

Maladie

Dentaire

Optique

N° W21-817857
275033

Matricole :	07715	Société :	RAM.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MONTAKANIT - Boucheub
Nom & Prénom :		07-01-1964	
Date de naissance :		Rabat	
Adresse :		Tél. : +216 93 09 09 01	
		Total des frais engagés : 2500,000 DT	

Cadre réservé au Médecin

Docteur Amani Zerelli
 Médecin dentiste
 38, Rue Moulay Ismaïl Abi Soufien
 Menzah 8- 2017 Ariana
 Tél: 07 62 66 68

12/09/2013 Tunis

Annina Chahir Montakani

Age: 58ans

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Enfant

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : 12/09/2013

Le : 09/09/2013

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-817857

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
<i>Docteur Amine Zerelli 38, Rue Mouzaïa - 2033 Antananarivo Tel: 27 622 668</i>		<i>26+25+24 Dépose d'un ancien bridge défectueux 26 retraiter et canalaire + reconstitution du morion 23 traiter et endodontique + obturation cavitaire 23+24+ Bridge de 4 25+26 élément cérano-métallique</i>	<i>COEFFICIENT DES TRAVAUX</i>	<i>2500</i>															
<i>Docteur Amine Zerelli 38, Rue Mouzaïa - 2033 Antananarivo Tel: 27 622 668</i>		<i>MONTANT DES SOINS</i>	<i>DEBUT D'EXECUTION</i>	<i>FIN D'EXECUTION</i>															
<i>Docteur Amine Zerelli 38, Rue Mouzaïa - 2033 Antananarivo Tel: 27 622 668</i>		<i>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</i>	<i>COEFFICIENT DES TRAVAUX</i>	<i>MONTANTS DES SOINS</i>															
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			<i>DATE DU DEVIS</i>	<i>DATE DE L'EXECUTION</i>
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
		<i>(Création, remont, adjonction)</i> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																	
		<i>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</i>	<i>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</i>																

Dr. Amani Zerelli Hamda
Médecin dentiste
Chirurgie et dentisterie esthétique



الدكتورة. أمانى الزرلي حمدة
طبيبة أسنان
جراحة و تجميل الأسنان

Tunis, le 17/10/2019

Amina Chahir

Bispiragol (250mg)

2cp x 2 /jir pdt 7jrs

~~Docteur Amani Zerelli
Médecin Dentiste
38, Rue Mouawia Ibn Abi Sofien
Menzah 8 - 2037 Ariana
Tél: 214 622 668~~

Il est à noter que pour garantir la pérennité du bridge réalisé, il est important de remplacer le 26 extraite par une couronne implanto-portée afin de bien répartir les charges occlusales et pour que la patiente puisse mastiquer convenablement.

Restant à votre disposition, veuillez agréer Monsieur/ Madame, mes salutations les plus distinguées.

SIGNATURE ET CACHET

Docteur Amani Zerhouni
Médecin Dentiste
38, Rue Mouquida Ibn Abo Soufien
Menzah 8 - 1003 Ariana
Tél: 27 622 668



DUAL DENTAL STUDIO

DR AMANI ZERELLI

Médecin dentiste

dr.amanizerelli@hotmail.com

Tunis, le 13/11/2023

Nom & Prénom du patient :

Amina Chahir

A la suite de la consultation du 13/11/2023, je présente à Mme **Amina Chahir** suivant l'usage, un rapport médical des actes dentaires réalisés dont les détails se trouvent ci-dessous :

Date	Actes
17/10/2023	-Consultation dentaire (examen clinique)
22/10/2023	-Dépose d'un bridge défectueux -Extraction de la 26 avec séparation des racines
30/10/2023	-Obturation coronaire sur la 25 -Curetage de carie et obturation de carie sur la 23 -Préparation périphérique de la 23 -Mise en place d'une prothèse provisoire
01/11/2023	-Prise d'empreinte supérieure et inférieure
06/11/2023	-Essayage de l'armature métallique -Enregistrement de l'occlusion
13/11/2023	-Scellement définitif du bridge céramo-métallique de trois éléments remplaçant la 24 absente.



DUAL DENTAL STUDIO

DR AMANI ZERELLI

Médecin dentiste

dr.amanizerelli@hotmail.com

Tunis, le 13/11/2023

Nom & Prénom du patient:

Amina Chahir

A la suite de la consultation du 13/11/2023, je présente à Mr/Mme **Amina Chahir** suivant l'usage, ma note d'honoraire dont les détails se trouvent ci-dessous :

ACTE	Honoraires
<ul style="list-style-type: none">-Consultation dentaire (examen clinique)-Dépose d'un bridge défectueux-Extraction de la 26 avec séparation des racines-Obturation coronaire sur la 25-Curetage de carie et obturation de carie sur la 23-Préparation périphérique de la 23-Mise en place d'une prothèse provisoire-Essayage de l'armature métallique-Enregistrement de l'occlusion-Scellement définitif du bridge céramo-métallique	1900dt (mille neuf cent dinars Tunisiens)

Restant à votre disposition, veuillez agréer Monsieur/ Madame, mes salutations les plus distinguées.

SIGNATURE ET CACHET

Docteur Amani Zerelli
Médecin dentiste
38, Rue Mouawia Ibn Abi Soufien
Menzah 8 - 2037 Ariana
Tél: 27 512 668