

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° W21-725245

144098

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 12653 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ziati Issam

Date de naissance : 12/03/1989

Adresse : Avenue sophora, Rue Attil, Bloc G2, secteur 24
Hay Riad, Rabat

Tél : 06 69 24 34 02 Total des frais engagés : 498,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Dr. KHYARI Hinde
Pédiatre - Néonatalogue
INPE : 101164119
CK : 001614534000061
Tél : 05 37 71 00 93

Date de consultation : 09/12/2022

Nom et prénom du malade : Romy Ziati

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 09 JAN. 2023

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 : 09/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

Dr. KHYARI
Pédiatre - Néonataloge
INPE : 10164119
ICE : 001614534000061
Tel : 05 37 71 00 93

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Responsable	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE NECCA Dr. AILANTHUS SATHYAN Av. Les Chênes-Hayes Cabat - Tél : 05 56 58 75 N°PE : 102060340</p>	8/12/22	108,70

Cachet du Pharmacien
ou du Responsable

PHARMACIE MECCA
Av. AILANTHUS - Sect. 22
Rés. Les Chênes - Hay Road
Rabat - Tél. : 56 58 75
NPE : 102060340

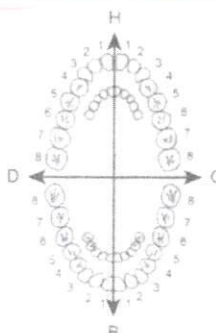
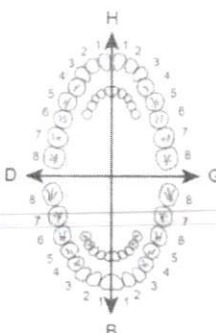
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

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.

[illegible]

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(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

Dr KHYARI Hinde

Spécialiste en Pédiatrie
Néonatalogie - Réanimation Néonatale
Consultation homéopathique
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ancienne interne du CHU Ibn Sina Rabat
Praticienne hospitalière à l'Hopital Universitaire Cheikh Zaid

Cabinet de Pédiatrie



الدكتورة هند الخياري

أخصائية في طب الأطفال
والرضع وحديثي الولادة
خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة بالمستشفى الجامعي شيخ زايد

Rabat Le : 09/12/2022

Rammy Ziadi

PHARMACIE MECCA
Avenue AILANTHUS Sect. 23
Ras. Les Chênes Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 96 58 75
INPE : 402060340

① prochid spray nasal
1 pulv x 3 j pds
70-

② Azox : 500
do x ri 10 (une fois / j)
pds
75-

③ Fibrotin 9-8
1 cac x 2 j pds
40-

④ sirocyfaw sirp
1 cac x 2 j pds
9.2

⑤ oligom 100
1 pulv x 2 j pds

Dr. KHYARI Hinde
Pédiatre - Néonatalogue
INPE : 101164119
INPE : 001614534000061
Tél : 05 37 71 00 93

Résidence Riad Ennakhil II - Imm A, Appt 2, Angle Av. Ennakhil et Rue El Yazid Hay Riad - Rabat
Tél. : 05 37 71 00 93 - 08 08 50 53 92 - Gsm : 06 61 26 68 26 - Fax : 05 37 71 00 93

Email : khyarihinde@yahoo.fr

02 19820

AZIX[®]

40 mg / ml Azithromycine

900 mg

Poudre pour suspension buvable

NOURRISONS

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 70DH00

PER: 04/25

LOT: L1500

NOUVEAU