

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° W19-511035

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 727 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DAKKA AICHA
 Date de naissance : 05/10/1950
 Adresse : HAY GUINEMER RUE 3 N° 38 CASA
 Tél. : 0679114465 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Nezha Mernissi
58, Rue El Mortada - Palmier
Casablanca
Tél: 0522 25 13 44/0522 98 33 55


Date de consultation : 6/12/2020
 Nom et prénom du malade : DAKKA AICHA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 Pharmacie Nadir Rue N° 3, Hay Arraha N° 23 Rte. d'el Jadida - Casablanca Tél.: 0522 25 09 43	26/02/20	10 Rue N° 3 Rte. d'el Jadida - Casablanca Tél.: 0522 25 09 43

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

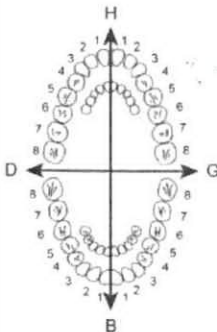
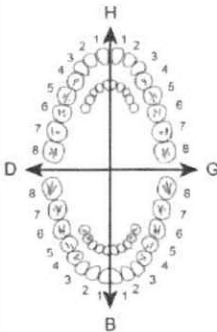
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CCEFFICIENT 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Nezha Mernissi

Médecine Générale

DU. Echographie Générale Paris V

58, Rue El Mortada - Casablanca

Tél. : 05 22 25 13 44 / 05 22 98 33 55

Patente : 34771846 - ICE : 001717920000008

الدكتورة نزقة المريني

الطب العام

دبلوم في الإيكوغرافيا العامة

58، زنقة المرتضى - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 33 55 / 05 22 25 13 44

Casablanca, le : 06-02-2020

قسط DAKKA ALCHA .

169,30 x 3 JEPHI 300/12,5 (3

115,00 x 2 - Avange (21) 341 3 more

2 puc x 2 |

- Cleist Fit .

86,50

1 baiffe x 2 | u o c .

29,50 - Trisime 800 .

1 ceptac x 3 | 0

120,70 - Aerum (300) .

341, 0 5

27,70 - Ulla Cooos .

3410 pol 20 |

20,00 - Cleidome

3410 | 0 10

U TRAP .

PHARMACIE NADIR
Rue N° 3, Hay Arrahja N° 29
Rue d'el Jadida - Casablanca
Tél. : 05 22 25 09 42

Docteur Nezha Mernissi
58, Rue El Mortada - Palm
Casablanca
Tél. 05 22 25 13 44 / 05 22 98 33

Démofix Roudie

86,20

jaillir le matin

PHARMACIE NADIR
Rue N° 23, May Moussa
Rte. d'El Jadida Casablanca
Tél: 33 42 28 09 43

Docteur
58, Rue El Mortada - Palmier
N° 1
Tél: 0522 25 13 44 / 0522 98 33 55

LOT: 011
PER: AVR 2021
PPV: 169 DH 30

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
ID: 628231
6 118001 142262

86,50

LOT: 010
PER: NOV 2020
PPV: 169 DH 30

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
ID: 635408
6 118001 142262

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.:

29,50

LOT: 009
PER: JUN 2020
PPV: 169 DH 30

Vita C1000®

PPV 27DH70

EXP 11/2022
LOT 99036 10

20,00

LOT: 074
PER: JUN 2021
PPV: 120 DH 70

84,20