

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

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° P19- 0043815

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1417

Société : ND: 28170

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

WASNIH MOHAMED

Date de naissance :

10/01/49

Adresse :

33 Rue 131 GRP N QUARTIER OULFA

Tél. :

0677066053

Total des frais engagés :

391,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NOZHA EL MERGHADI
Médecine Générale
Bd. Ibnou Sina Guip. 3 km. 105 Ag. n°4
El Baraka - Hay Hassani - Casablanca
Tél : 0522 50 82 15

Date de consultation : 30/05/2020

Nom et prénom du malade :

WASNIH MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

C. Popathi

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 :

30/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/05/2020	C		900,00 DH	Dr. NOZHA EL MERGHADI Bd. El Baroud - Hay Hassani - Casablanca Tel : 0522 90 82 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA WILAYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 2, Bd Oued Molouya - El Oulfa Tél : 05 22 90 51 13	30/05/2020	191,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nozha EL MERGHADI

Médecine Générale
Spécialisé en Médecine de Travail

Lauréat de la F.M.C.
Université Hassan II



الدكتورة نزهة المرغدي

الطب العام
أخصائية في طب الشغل

خريجة كلية الطب
بجامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء

Casablanca le 30/5/2020.

M^{re} WASHIH NOHAMED.

AMM N° 127115 DMP/21/NRQ
6 118001 271092

96,00 - Pragal 20 - 1 gel 1. le - 19.50

8 parfon lyoc 1 p 23 1. art r.

- Dally 1 gel 23

54,00 - Duspatalin 200 MG 1 gel 23

22,20 - Codolmans 1 p 23 1. art r.

T=19,70

PPV: 96DH00
PER: 08/22
LOT: J494-1

SPASFON-LYOC
LYOPH. ORAL (10)
Zenith Pharma
P.P.V.: 19,50 DHS

DUSPATALIN 200MG
GELU 820
P.P.V.: 54DH00
LOT: 19E001V
PER: 03 2020
6 118000 010531

PPV: 22DH20
PER: 01/22
LOT: J073

Dr. NOZHA EL
Médicine
Bd Ibnou Sina Groupe 9 - Immeuble 106 - Appt N° 4 - EL BARAKA - Hay Hassani
El Baraka - Hay Hassani
Tél: 0522 90 82 15

شارع ابن سينا مجموعة 9 - عمارة 106 - الرقم 4 - البرقة - الحي الحسني
Bd. Ibnou Sina Groupe 9 - Immeuble 106 - Appt N° 4 - EL BARAKA - Hay Hassani
Tél.: 0522 90 82 15 الهاتف E-mail: elmerghadinnozha@gmail.com البريد الإلكتروني