

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° W21-672521

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1896

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : GHAZAL DRISSIA

Date de naissance : 28/11/1953

Adresse : Res. Aerocity Im I Apt 10 Casa

Tél. : 0675364754

Total des frais engagés : 949,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

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.

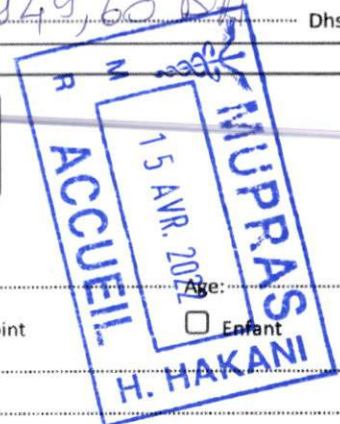
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa

Le : 5/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
05104122	1	945,6

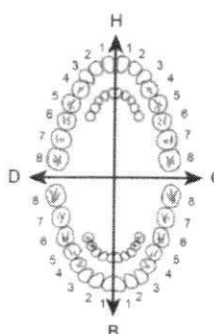
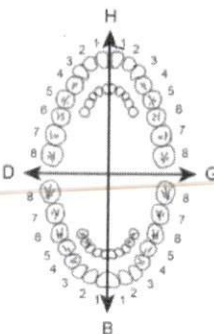
[illegible][illegible]

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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr CRIQUECH MOUAD

Docteur Mouad CRIQUECH

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Ghazzel Dyrhia

Cardiologue

262 Bd Yacoub El Mansour Casablanca

Tél : 05 22 94 09 10 GSM : 06 62 60 19 75

Présente

HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 ans renouvelable

Coveryl 10 - Betactyl 10 - Zyloric 100

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

PHARMACIE NASRI
DR NASRI RACHID
75 BIS, BLOC 2 CITE COMMUNAL HAY HASSANI
CASABLANCA

Tél : 0522932874

05/04/2022

Mme Ghazal Drissia

ICE : 092044965

FACTURE N° : 8533 du 05/04/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
6	COVERSYL 10MG/ 30 CPS	142,70	856,20	0%
2	ZYLORIC 100*100 COMP	46,70	93,40	7%
Total TTC			949,60	

Arrêtée la présente facture à la somme de :
NEUF CENT QUARANTE NEUF DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	856,20	0,00	856,20
7.00%	7,00	87,29	6,11	93,40
		943,49	6,11	949,60

ملغ 100

زِيلُورِيك[®]

أَلُوبُورِينُول

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 211755

EXP 06 2025

PPV 46.70 DH

ملغ 100

زِيلُورِيك[®]

أَلُوبُورِينُول

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 211755

EXP 06 2025

PPV 46.70 DH



COVERSYL[®]

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés **10 mg**

30

Comprimés pelliculés



SERVIER

A4270



COVERSYL[®]

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés **10 mg**

30

Comprimés pelliculés



SERVIER

A4270



COVERSYL[®]

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés **10 mg**

30

Comprimés pelliculés



A4270



COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés **10 mg**

30

Comprimés pelliculés



A4270



COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés **10 mg**

30

Comprimés pelliculés



A4270



COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés **10 mg**

30

Comprimés pelliculés



A4270

Docteur Mouad CRIQUECH
Spécialiste
Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور معاد كريش
اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين

Casablanca le : 02/12/2021

Mme GHAZZAL DRISSIA

142,70 x 6

1 - COVERSYL 10 MG

1 comprimé par jour

2 - DETENSIEL 10mg

1/2-0-1/2

46,70 x 2

3 - zyloric 100mg

1-0-1

943,48

PHARMACIE MARI
242 Bd Yaâcoub El Mansour
Casablanca
Tél : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75

traitement de 6 mois

Docteur Mouad CRIQUECH
Cardiologue
242 Bd Yaâcoub El Mansour Casablanca
Tél : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75

262, Bd. Yaâcoub El Mansour - Casablanca - Tél. : 05 22 94 09 10 - GSM : 06 62 80 19 75