

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 003482 127730

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2111 Société : D917
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : LAZREQ Ahmed
 Date de naissance : 13 Nov. 1951
 Adresse : 500 Rue 14 H7J 1974 Casablanca 20000
 Tél : 0522 907739
 Tél : 0668736604 Total des frais engagés : 174,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/07/2022
 Nom et prénom du malade : LAZREQ Ahmed
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 02/08/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/07/2022 | S | | 200,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE JERRADA 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - CASABLANCA Tel: 23.54.49 / 99.05.18 | 28/07/22 | 974,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

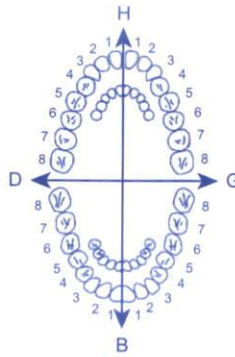
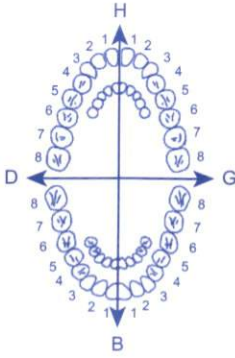
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|--|------------------|-------------|--|
|  | | | | 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> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </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



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 28.07.2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

| | |
|---|--|
| A remplir par le praticien | |
| Je soussigné: | Dr. DRIOUICH Endocrinologie Diabétique et Maladies Métaboliques ZI Industriel, Rue 2 N° 19 Etage 2 Bureau N° 5, Oufia Casablanca Tél 05 22 900 909 |
| Certifie que M ^{lle} , M ^{me} , M: <u>Mr. Mohamed</u> | |
| Présente <u>une Dyslipidémie + HTA + hyperuricémie</u> | |
| Nécessitant un traitement d'une durée de: <u>à vie</u> | |
| Dont ci-joint l'ordonnance: <u>sous chéston long</u> | |
| (A défaut noter le traitement prescrit) | |

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

Dr. DRIOUICH Yasmin
Endocrinologie Diabétique
et Maladies Métaboliques
ZI Industriel, Rue 2 N° 19 Etage 2
Bureau N° 5, Oufia Casablanca
Tél 05 22 900 909

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

✉ mail : Mupras @ royalairmaroc.com

Dr. Yasmine Driouch

• Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques

de Médecine et
Casablanca



الدكتورة ادريوش ياسمين

• أخصائية في أمراض الغدد و السكري
والتغذية و أمراض الأيض
• خريجة كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V.: 185,70 DH

6 118001 183111

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V.: 185,70 DH

6 118001 183111

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V.: 185,70 DH

6 118001 183111

Casablanca, le

28/07/2022

7 = 185,70 DH

PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tel.: 23.54.49 / 99.06.18

3 x 185,70

517,10

1) Crestor cp 10mg

0 - 0 - 1 pot 2 mois

PPV: 69,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2025

49,60

2) D une poule 1000004

10 g / mois pot 2 mois

368,10

3) Daflon cp 3 x 182,70

974,80 - 1 - 1 pot

182,70

182,70

182,70

9: Route Sidi Al Khadir, Al Wifak 1, Rue 2, Immeuble 19, 2ème étage, N°5, Oulfa - Casablanca

☎: 05 22 900 909 - Urgences: 06 60 78 88 97 - ✉: driouch.yasmine@gmail.com