

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

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

M22- N° 003482127730

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 21111 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Retraite

Nom & Prénom : LAZREG Ahmed

Date de naissance : 13 Nov. 1951

Adresse : 500 Rue 14 Hajj El Fath Casablanca

Tél. 0522 907739

Tél. : 066 873 66 04 Total des frais engagés : 1174,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/07/2022

Nom et prénom du malade : LAZREG Ahmed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

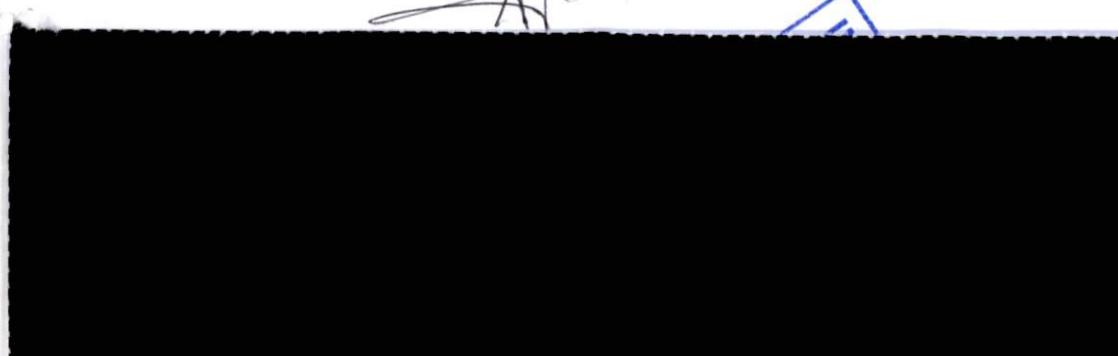
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



RELEVE 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	5		200,00	DR. D'POLYCH Yves Attestation de paiement des honoraires Rue 24 Casablanca Maroc Signature et date : 28/07/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE JERRADA 61, Bd Abderrahim Bouabdil 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

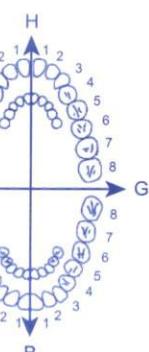
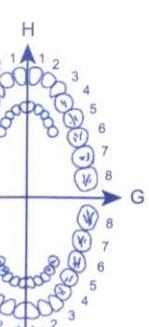
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

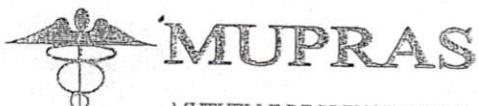
Important :

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D \quad \quad \quad G \\ 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B \quad \quad \quad \end{array} $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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:	
Certifie que M ^{lle} , M ^{me} , M: <u>DR DRIOLICH</u> Ahmed	
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 cholesterol magni</u>	
(A défaut noter le traitement prescrit):	

(✓) : valable 3 mois

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

DR DRIOLICH Yasmin
Endocrinologie Diabétologique
et Maladies Métaboliques
21 Wadie Oufa Casablanca
Bureau N° 5 Rue 2 N° 19 Etage 2
Tel 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

E-mail : Mupras@royalairmaroc.com

Dr.Yasmine Driouich

• Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie

Nutrition et Maladies Métaboliques

Centre de Médecine et

Alanca

Maphar
Bd Alkemia 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



الدكتورة ادريوش ياسمين

أخصائية في أمراض الغدد والسكري

والتفعية وأمراض الأيض

خريجة كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء

JERRADA
Abderrahim Bouabid
CASABLANCA
54.49 / 99.05.18

Casablanca, le

28/07/2022

N° 182054 M. M.

557.10

1) Crestor cp 10mg

3x185,70

0 - 0 - 1 pdt 3 mois

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2025

49.60
2) D



poule 1000g

100 g / mois pdt 2 mois

368.10

3) Dafilon cp

3x182,70



Dr. DRIOUICH
Endocrinologie
et Maladies
de l'Appareil
Digestif

182,70

182,70

182,70

📍: 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 - ✉: driouich.yasmine@gmail.com