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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-814589

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2480 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : LAATIGUI MOHAMMED

Date de naissance : 1950

Adresse : Av. EL MAGHREB EL ARABI-HAY BADR N° 104 Beni Drar OUJDA

Tél. : 673 871254 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Youssef LAZREG Endocrinologue-Diabétologue 37 Rue Lieutenant Belhoussine Oujda Tél 05 36 69 70 02 INPE 081264376

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LATIGUI MERYEME Age : 70

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2

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) : .....

MUPRAS ACTION SOCIALE OUJDA 2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/02/2024	CS		25,00 DH	Dr. Youssef LAZREG Endocrinologue-Diabétologue 37 Rue Lieutenant Belhoussine Oujda Tél 05 36 69 70 02 INPE 081264376

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BADR BENI DRAR Dr BELMOSTEFA Ilyas Bd. Hassan II, Lot. Badr Beni Drar Tel : 05 36 65 03 03	16/02/2024	632,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

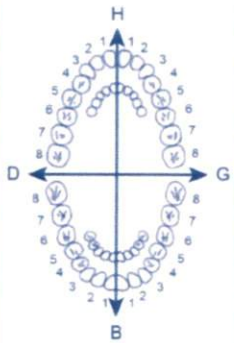
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	Cœfficient



INP : | | | | | | | | | | |

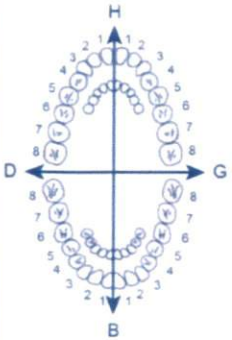
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

D — G

B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

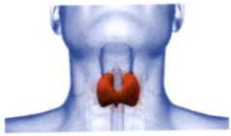
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Youssef LAZREG
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
et Maladies Métaboliques
Diplômé de la Faculté de Rennes - France



الدكتور يوسف لزرك
إختصاصي في أمراض الغدد السكري
و أمراض الأيض
دبلوم التغذية بجامعة رين - فرنسا

داء السكري – السمنة – كوليسترول – أمراض الغدة الدرقية – أمراض الغدة النخامية
أمراض الغدة الكظرية – النقرس (la goutte) – تكيس المبيض – الشعر الزائد عند المرأة
الفحص بالصدى مع أخذ عينات للكشف عن أورام (Cancers) الغدة الدرقية

Oujda, le : 16/02/2024 وجدة، في :

N/P : Mme LATIGUI MERYEME

1/ MIXTARD 30 100 UI/ML :

20 UI le matin et 10 UI le soir en S/C avant les repas

2/ GLYNORM 2 mg :

1 cp le midi avant le repas

3/ NOLIP 10 mg :

1 cp le soir après le repas

4/ Bandelettes pour ONE TOUCHE (Boite de 50 Bdttes) :

4 mesures par jour

632,70 *QSP = 03 mois*

PHARMACIE BADR BENI DRAR
Dr BELMOSTEFA Ilyas
Bd Hassan II, N°: Badr Beni Drar
Tel : 05 36 66 03 03

Dr.Youssef LAZREG
Endocrinologue-Diabétologue
37 Rue Lieutenant Belhoussine
Oujda Tél 05 36 69 70 02
INPE 081264376

Prochain rendez-vous : .....

3، زنقة الضابط بالحسين. الطابق الأول. شقة 7 (بجانب مستوصف مولاي إدريس إتجاه باب سيدي عبد الوهاب) وجدة
الهاتف : 05 36 69 70 02 / 06 77 18 12 84 - البريد الإلكتروني : dr.lazreg.youssef@gmail.com


Glynorm® 2 mg
Boite de 30 comprimés
AMM N° : 67/21/NRQd/DMP/VHA/18
6 118000 023258


NOLIP® 10 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 072010


NOLIP® 10 mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 072010