

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0057104

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1853 Société : 152747
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DAKACH Med NAJIS
Date de naissance : 02/06/1953
Adresse : Bloc 28 Rue N°4 MAISON N°99
CITÉ DAKHLA ALADIR
Tél. : 0661323124 Total des frais engagés : 578,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/03/23

Nom et prénom du malade : Age : 69ans

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

Nature de la maladie : ED anxieuse depuis

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 : ALADIR Le : 07 / 03 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-057104

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1853
Nom de l'adhérent(e) : DAKACH
Total des frais engagés : 578,60 Dhs
Date de dépôt :

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
09/03/89	C		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOTFY Rhain LOTFY Docteur en Pharmacie 1, Rue El Kawakhi Ché Dakhla - AGA Tél. : 05 28 23 90 90 INPE Phcie Lotfy Agadir	07/03/23	278,60

[illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

AO1730

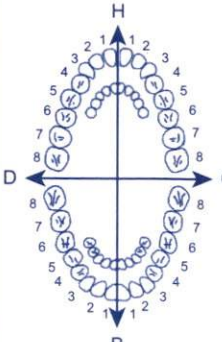
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

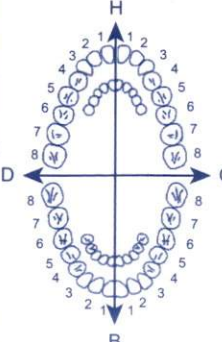
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: left;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: right;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Merieme El Machkour

Neurologue

Électro-Encéphalogramme (EEG)

Électro-Neuro-Myogramme (EMG)



الدكتورة مريم المشكور

أخصائية الدماغ و الأعصاب و العضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

Lauréate de la faculté de médecine de Fes

Diplômée en Neuropathies périphériques à Paris

Diplômée en Parkinson et Mouvements anormaux à Fes

Diplômée en Electro-neuro-myographie à Rabat

Ancien médecin des hôpitaux de L'AP-HP à Paris

Membre des Sociétés françaises et Marocaines de Neurologie

Ancien interne au CHU Hassan II à Fes

خريجة كلية الطب بفاس

دبلوم في طب الأعصاب الطرفي بباريس

دبلوم في مرض باركنسون و الحركات غير الاعتيادية بفاس

دبلوم في التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات بالرباط

طبيبة سابقا بالمستشفيات الجامعية بباريس

عضوة في الجمعيات المغربية و الفرنسية لأمراض الأعصاب

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي بفاس

INZEGANE LE : 07/03/2023

Mr DAKACH MOHAMED NAJIB

Note d'honoraire

Désignation	Montant
CONSULTATION "C2"	300,00

Total Honoraires en MAD

300,00

الدكتورة مريم المشكور
Dr. Merieme El Machkour
Imm. Ennakhil, angle Med V
et Av. des FAR - Inezgane
ICE: 0000000000000000

Rendes-Vous

Le :/...../.....

+212 528 33 41 41

✉ elmachkourmerieme@gmail.com

عمارة النخيل، زاوية شارع محمد الخامس وشارع الجيش الملكي إنزكان (قرب منطقة أمن إنزكان)

Immeuble Ennakhil, angle Med V et Av des FAR - Inezgane (à côte du commissariat principal)

Docteur Merieme El Machkour

Neurologue

Électro-Encéphalogramme (EEG)

Électro-Neuro-Myogramme (EMG)



الدكتورة مريم المشكور

أخصائية الدماغ والأعصاب و العضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

Lauréate de la faculté de médecine de Fes

Diplômée en Neuropathies périphériques à Paris

Diplômée en Parkinson et Mouvements anormaux à Fes

Diplômée en Electro-neuro-myographie à Rabat

Ancien médecin des hôpitaux de L'AP-HP à Paris

Membre des Sociétés françaises et Marocaines de Neurologie

Ancien interne au CHU Hassan II à Fes

خريجة كلية الطب بفاس

دبلوم في طب الأعصاب الطرفي بباريس

دبلوم في مرض باركنسون والحركات غير الاعتيادية بفاس

دبلوم في التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات بالرباط

طبيبة سابقا بالمستشفيات الجامعية بباريس

عضوة في الجمعيات المغربية والفرنسية لأمراض الأعصاب

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي بفاس

INZEGANE le : 07/03/2023

ORDONNANCE

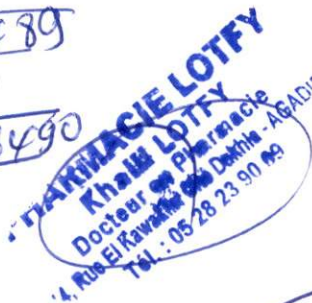
MR DAKACH MOHAMED NAJIB

3980 x2
velaxor 37.5MG

1 cp/j le matin apres le petit dej pd 2 mois

5950
ALPÉRIDE 50MG

1 cp/j le soir à 20h pd 2 mois



278,60

الدكتورة مريم المشكور
Dr. Merieme El Machkour
Neurologue
Journ. Encephal. et Électr. angle Med V
et Av. des FAR - Inezgane
ICE: 001910969000077

Rendez-Vous

Le 03/05/2023

+212 528 33 41 41

✉ elmachkourmerieme@gmail.com

عمارة النخيل، زاوية شارع محمد الخامس وشارع الجيش الملكي إنزكان (قرب منطقة أمن انزكان)

Immeuble Ennakhil, angle Med V et Av des FAR - Inezgane (à côté du commissariat principal)

ALPERIDE 50 mg

AMISULPRIDE

30 comprimés sécables



30

قرصا قابلا
للكسر

عن طريق الفم

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Pas de précautions particulières de conservation.

عن طريق الفم

يحفظ بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال

المرجو قراءة النشرة قبل الإستعمال

ليست هناك احتياطات خاصة للحفظ

AMM N° 238/14 DMP/21/NNP

ألمبيريد
50 ملغ
أميسولبريد

بوليميدي



Respecter les doses prescrites

Liste 1

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

ALPERIDE® 50 mg

AMISULPRIDE

POLYMEDIC

30

COMPRIMÉS SÉCABLES

VOIE ORALE

59,50

ALPERIDE 50 mg

AMISULPRIDE

30 comprimés sécables



6 118000 120865

30

قرصا قابلا
للکسر

عن طريق الفم

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Pas de précautions particulières de conservation.

عن طريق الفم

يحتفظ بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال

المرجو قراءة النشرة قبل الإستعمال

ليست هناك احتياطات خاصة للحفظ

AMM N° 238/14 DMP/21/NNP



Respecter les doses prescrites

Liste 1

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

ALPERIDE® 50 mg

AMISULPRIDE

POLYMEDIC

30

COMPRIMÉS SÉCABLES

VOIE ORALE

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1204903

EXP 05/25

PPV 79DH80

**30 gélules à
libération prolongée**

Voie Orale

VELAXOR® LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

Composition :

Venlafaxine (DCI) 37,50 mg

Equivalent à Venlafaxine chlorhydrate 42,43 mg

Excipients : q.s.

Indications,, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi :

lire la notice avant utilisation

Demandez l'avis du médecin ou du pharmacien en cas de problèmes

liés à l'utilisation du médicament

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Conserver à une température ne dépassant pas 25 °C

لعل برشامة

ملغ 37,50

ملغ 42,43

التركيبية :

جِيلَافاكسين

يُعدّل فيلافاكسين كلورو هيدرات

السواغات : الكمية الكافية

الجورعة، دواعي، موانع واحتياطات الإستعمال :

المرجو قراءة النشرة قبل الإستعمال

المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة بטיפולية

استعمال الدواء

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25°C

LP قِيلَاكسور®

قِيلَاكسِين

37,50 ملغ

30 برشامة مديدة التحرر

عن طريق الفم



LOT N° :

EXP :

PPV :

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1204903

EXP 05/25

PPV 79DH80

**30 gélules à
libération prolongée**

Voie Orale

VELAXOR® LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

Composition :

Venlafaxine (DCI) 37,50 mg

Equivalent à Venlafaxine chlorhydrate 42,43 mg

Excipients : q.s.

Indications,, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi :

lire la notice avant utilisation

Demandez l'avis du médecin ou du pharmacien en cas de problèmes

liés à l'utilisation du médicament

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Conserver à une température ne dépassant pas 25 °C

لعل برشامة

ملغ 37,50

ملغ 42,43

التركيبية :

جِيلَافاكسين

يُعادل فيلافاكسين كلورو هيدرات

السواغات : الكمية الكافية

الجورعة، دواعي، موانع واحتياطات الإستعمال :

المرجو قراءة النشرة قبل الإستعمال

المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة بטיפולية

استعمال الدواء

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25°C

LP قِيلَاكسور®

قِيلَافاكسين

37,50 ملغ

30 برشامة مديدة التحرر

عن طريق الفم



LOT N° :

EXP :

PPV :