

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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



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

# Déclaration de Maladie

Nº W21-785034

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11038

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BARMAKI

Mounia

Date de naissance :

Adresse : UNIFCIT N°701 DAOURIAE Marshall

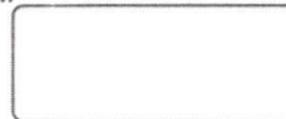
Tél. : 05 22 20 45 45

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BARMAKI Mounia

Age :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº W21-785034

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet ou Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27 MAR 2023	OS		300.00	Dr. DIOURIMED JAH Neuro-chirurgien 9 Rue Imam Malek Gueliz Casablanca 20505 Signature :  Date : 

Détailé Honoraires	Cachet d'Signature du Médecin attestant le Paiement des Acomptes
	
<b>DICOUPIMED Jaff</b> <b>Neuro-chirurgien</b> <b>Malek Guellal</b> <b>INPE</b> <b>071045140</b>	
<b>9 Rue Imam</b> <b>Marrakech</b>	

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Unité 4 N°105 Hai Mohammed Marrakech Tél: 05 24 30 31 41 Amerchich	27/10/2023	232.60

NFE : 072009673

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

#### VOLET ADHERENT

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

#### **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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

The diagram shows a circular DNA molecule with 100 segments arranged in a spiral pattern. The segments are numbered from 1 to 100 in a clockwise direction. The molecule is centered on a coordinate system with four axes: H (top), G (right), B (bottom), and D (left). The segments are represented by small circles connected by a line, forming a continuous loop.

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	T

#### [Création, remont, adjonction]

On the basis of the above analysis, it is clear that the proposed model can be used to predict the future trend of the market.

**Docteur Mohamed Jalil DIOURI**  
**Neurochirurgien**  
**■ Electro-encéphalogramme**  
■ Spécialiste des maladies du système nerveux  
et de la colonne vertébrale - Microchirurgie  
■ Diplômé de la faculté de Médecine de Montpellier

**الدكتور محمد جليل الديوري**  
اختصاصي في جراحة الدماغ  
والأعصاب والعمود الفقري  
■ التخطيط الكهربائي للدماغ  
■ خريج كلية الطب بموبولي - فرنسا

27/03/2023

Marrakech, le : ..... مراكش في :

BARMAKI MOUNA

87,60

- **Meloxicam gt 15 mg**  
1 Comprimé, midi, après les repas, pendant , 20 jours

28,60

- **Vitanevril fort**  
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant , 2 mois
- **Mydoflex 150mg**  
1 comprimé matin, midi et soir pendant 12 jours

22,00

- **Cedol**  
1 à 2 Comprimé, matin, midi, soir pendant , 12 jours
- **minerve souple hauteur 10 cm**

232,60

Dr. DIOURI Med Jalil  
Neurochirurgien  
9, Rue Imam Malek Guéliz  
Marrakech - Tél : 05 24 43 26 26

9 شارع إمام مالك، إقامة المسجد الطابق الأرضي، رقم 2 (قرب مسجد تركيا) كليز - مراكش

9, rue Imam Malek, Résidence Al Masjid R.D.C N°2 - Guéliz Marrakech

Urgence : 06 61.16.36.39      المستعجل : Téléphone : 05 24.43.26.26      الهاتف : Email : mj.douri@gmail.com



GTIN : 06118001260850  
LOT : 4016  
MFG : 06/2022  
EXP : 06/2025  
PPI : 940hs00

Voie orale

مليوكسيكام ج ت 15 ملغ

عن طريق الفم  
20 قرصاً قابلاً للكسر

87/60



22/08

فيتاشنيريل® قوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملمسة

عن طريق الفم

PPV  
LOT  
PER

28/80

Composition:  
Benfotiamine ..... 100 mg  
Excipients q.s.p. ..... 1 comprimé pelliculé  
Excipients à effet notable :  
lactose, saccharose  
lire attentivement la notice avant utilisation  
ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL® FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 180593