

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0497 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benmali Brahim 903770

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 13/04/2024

Nom et prénom du malade : F. LALI El B. SAMA Kholoussy

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cephalee

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 : TL Le : 30 AVR. 2024

Signature de l'adhérent(e) : Benmali Brahim



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13-04-24 | CS | CS | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Dr. Dr. Bouali Med Ballil
Neuro-chirurgien
9, Rue Imam Malek Guéfiz
Marrakech - Tél : 05 24 43 26 26

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie El Bouanani Dr. Youssfi El Zarouali 05 24 43 26 70 Route Ourika km 13 Mag N3 à coté du mosquée - Marrakech | 13/04/24 | 166,20 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

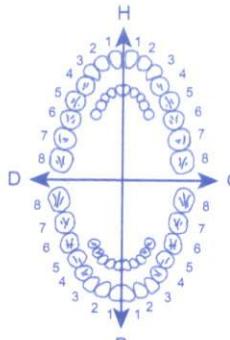
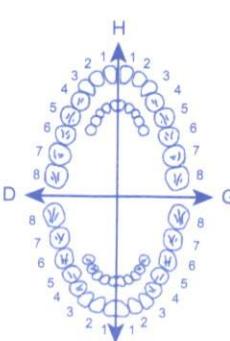
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ODF PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H | 25533412 | 21433552 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | B | | | |
| | G | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | 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

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

Marrakech, le 13 - Oct. 2014 مراكش 13 - Oct. 2014

Dr. K. Radja BENNIS Filali

16,90
① Nalgesic 1 px 3/1 08
14,80
② efadol 1 px 3/1 8 j.
17,90
③ 1 egreclor 200
14,2,60x2
④ VALEX 500 1/2 px 3/1
14,02 px 3/1 16 جours
⑤ 2 ovifast cream
466,20

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

9 شارع إمام مالك، إقامة المسجد الطابق الأرضي، رقم 2 (قرب مسجد تركي) 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

NOVARTIS
LOT : M23085-RP
EXP : AVR 2026
PPV : 47,90 DH



LO
LC : 407
Per : 10/26
PPV : 13,80 DH

المختبر الصيدلي نورفارما

مسكن للألم
مازن

LOT 231042
EXP 03 10/26
76,50

7650



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 42,00 DH
ID: 654283
6 118000141548

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
E PAS REFRIGERER.
E PAS ANALYSER.
DE LA BOUCHE ET A L'INTERIEUR DU VAGIN.
DE PAS APPLIQUE SUR TOEL A L'INTERIEUR.
VOIE CUTANEE.
ENFANTS.
TENIR DES HOURS DE LA PORTEE ET DE LA VIE DES
Produits à effet local: Aucun de ces médicaments.
TROIS A NOTICE AVANT UTILISATION
Efectués à une température de 25°C.
COMPOSITION :
acide Valaciclovir 5 g

LOT CS3R
EXP 09-2026



VALEX®
Valaciclovir 500 mg

PPV : 142 DH 50

VALEX®
Valaciclovir 500 mg

