

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-605716

61458

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6501		Société : Ray	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RAKICAL BRAHIM			
Date de naissance : 03-01-1962			
Adresse : LOT AYALA N° 58 TARGA MARRAKECH			
Tél. : 0662889993		Total des frais engagés : 1232,40 DHS-	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	30.12.2020	
Nom et prénom du malade :	Bakkal Béchir	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Soi-même	
Nature de la maladie :	Zygoma	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25.02.2021

ACCUEIL

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-605716
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 et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30.12.2028	CS		300,00	INP : DANIEL MELKI Dr. DIOURI Neurochirurgien Wissam Malek Guéliz Tél : 05 24 43 26 2

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BORJ TARGA</b> Dr. Abdelghani EL ANYA Route Targa N° 1 Centre Commercial Borj Targa - Marrakech 30.12.2020 05 24 34 34 60		932,70 DHS

#### **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 HONORAIRE																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
  <b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>Dents Traitées</b> <b>Nature des Soins</b> <b>Coefficient</b>	INP : <input type="text"/>													
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX													
			MONTANTS DES SOINS													
			DEBUT D'EXECUTION													
			FIN D'EXECUTION													
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX													
			MONTANTS DES SOINS													
			DATE DU DEVIS													
			DATE DE L'EXECUTION													
<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td>00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411   11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		D	25533412   21433552		00000000   00000000	G	00000000   00000000		35533411   11433553	B	
H																
D	25533412   21433552															
	00000000   00000000															
G	00000000   00000000															
	35533411   11433553															
B																

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  
أخصائي في جراحة الدماغ  
والأعصاب والعمود الفقري  
التخطيط الكهربائي للدماغ  
خريج كلية الطب بموللي - فرنسا

Dr. DIOURI Med Jalil  
Marrakech, le : 42020  
Neuro-chirurgien  
9, Rue Imam Malek Guéliz  
Marrakech - Tél : 05 24 43 26 26

مراكش في :

### BAKKAL BRAHIM

- Alpraz 05 mg  
1/2 Comprimé, soir, pendant , 3 mois
- Esciplex 10 mg  
1 Comprimé le matin pendant , 3 mois
- Alperide 50 mg  
1 Comprimé matin et soir pendant , 3 mois

PHARMACIE BORJ TARGA  
Dr. Abdelghani EL ANYA  
Route Targa n°1 Centre Commercial  
Borj Targa - Marrakech  
Tél : 05 24 43 26 26

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

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

9, rue Imam Malek, Résidence Al Masjid R.D.C N°2 - Guéliz Marrakech  
Urgence : 06 61.16.36.39 المستجل : Téléphone : 05 24.43.26.26 الهاتف : Email : jalildiouri@menara.ma

LOT 202050 1  
EXP 09 2023  
PPV 35.70  
**35,70**

-116820 1023  
PPV 59DH5.0  
**= 59,50**

LOT 202049  
EXP 09 2023  
PPV 35.70  
**35,70**

631620 0325  
PPV 59DH5  
**59,50**

LOT 192472  
EXP 10 2023  
PPV 126,00  
**126,00**

116820 1023  
PPV 59DH5.0  
**59,50**

LOT 201533 1  
EXP 06 2022  
PPV 126.00  
**126,00**

116320 1023  
PPV 59DH5.0  
**59,50**

**126,00**

LOT 201533 1  
EXP 06 2022  
PPV 126.00  
**126,00**

116820 1023  
PPV 59DH5.0  
**59,50**

**126,00**

LOT 201533 1  
EXP 06 2022  
PPV 126.00  
**126,00**

116820 1023  
PPV 59DH5.0  
**59,50**

Alpraz® 0,5 mg ألمپراز 0,5 ملغ  
Alprazolam البارزولام

28 comprimés sécables

قماً قابلاً للإنكسار

قماً قابلاً للإنكسار

قماً قابلاً للإنكسار