

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-605716

61458

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6501 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KAKIAL BRAHIM  
Date de naissance : 03-01-1962  
Adresse : LOT AMBALA N° 58 TARGA MARRAKECH  
Tél. : 0662889993 Total des frais engagés : 1232,40 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 30-12-2021  
Nom et prénom du malade : KAKIAL BRAHIM  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : 24 jours  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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

### 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 :



[illegible]

Dr. DIOURI MARIO  
Neuro-chirurgien  
9, Rue Imam Malek Guéfi  
Tél : 05 24 43 26 26

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30.12.2020	932,40 DHS

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

**PHARMACIE BORJ TARGA**  
**Dr. Abdelghani EL ANYA**  
Route Targa N°1 Centre Commercial  
Borj Targa - Marrakech  
Tél : 05 24 34 34 60

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

[illegible]

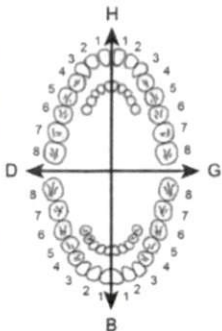
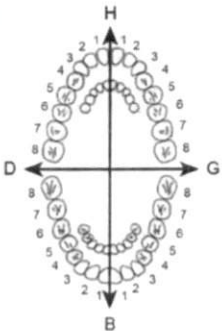
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412    21433552</p> <p>00000000    00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000    00000000</p> <p>35533411    11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

1

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE 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 بمبولي - فرنسا

Dr. DIOURI Med Jalil

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 01 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

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 : jalildiouri@menara.ma

LOT 202050 1  
EXP 09 2023  
PPV 35,70 35.70

LOT 202049  
EXP 09 2023  
PPV 35,70 35.70

LOT 192472  
EXP 10 2023  
PPV 126,00 126.00

LOT 201533 1  
EXP 06 2022  
PPV 126,00 126.00

LOT 201533 1  
EXP 06 2022  
PPV 126,00 126.00

LOT 201533 1  
EXP 06 2022  
PPV 126,00 126.00

16820 1023  
PPV 59,50 59.50

16820 1023  
PPV 59,50 59.50

16820 1023  
PPV 59,50 59.50

116820 1023  
PPV 59,50 59.50

116820 1023  
PPV 59,50 59.50

116820 1023  
PPV 59,50 59.50

Alpraz<sup>®</sup> 0,5 mg **البرازان 0,5 ملغ**  
Alprazolam  
28 comprimés sécables **28 قرصا قابلا للإنكسار**