

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-772428

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02107

Société : RAHIFON Sion

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AHINDAK ABDELLAH

Date de naissance : 08-02-53

Adresse : ABADIA 1544-202017

Tél. : 0657348440

Total des frais engagés : 2801 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AHINDAK ABDELLAH

Age : 69

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 : AGADIA

Le : 22 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-772428

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 : 3107

Nom de l'adhérent(e) : AHINDAK

Total des frais engagés : 2801

Date de dépôt : 2801

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie IFLOUL
Dr. FILALI HRIR Asmaa
Lot 7 Barimat - Lotiss. Ifoulk
Ait Melloul - Tél. 05.28.24.53.78
INPE: 042080317

22/11/22

301.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Particien

Date des
Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

VOLET ADHERENT

* 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 :

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

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

Dr. MOHAMED EL MALKI
NEUROCHIRURGIEN - Adultes & Enfants

Ex. Neurochirurgien aux hôpitaux de France (Nancy)
Ex. Neurochirurgien à l'hôpital Hassan II - Agadir
Neurochirurgien à la polyclinique CNSS - Agadir
DU d'électroencéphalogramme - DU de microchirurgie
DU de stéréotaxie cérébrale - DU de l'expertise
médicale et de la réparation
des dommages corporels



الدكتور محمد المالكي
جراح الدماغ و الأعصاب و العمود الفقري - كبار و صغار

جراح سابق بمستشفيات فرنسا
شهادة جامعية في الجراحة المجهرية
جراح الدماغ و الأعصاب بمستشفى الحسن 2 - أكادير سابقا
جراح الدماغ و الأعصاب بمصحة الضمان الاجتماعي أكادير
شهادة جامعية في الجراحة التجميلية للدماغ
شهادة جامعية في التخطيط الكهربائي للدماغ
شهادة جامعية في الخبرة الطبية

Agadir le :

22 NOV 2022

Attestation de paiement

30,00

N° 2022 000

(S.V)

1.0.1. R. Oukou

30,00

الدكتور محمد المالكي
جراح الدماغ و الأعصاب و العمود الفقري
شارع الحسن رقم 6 الطابق الثاني عمارة برج الحكمة
حي الداخلة - أكادير / الهاتف: 05 28 22 21 19
INPE: 091032454

Pharmacie IFOULKI
Dr. FILALI HRIR Asmaa
Lot 7 Sarmat 1 Lotiss. Ifoulki
Ait Melloul - Tel: 05 28 24 53 78
INPE: 042080317

RDV :

24.02.2023

الموعد :

عمارة برج الحكمة الطابق الثاني رقم 6 شارع الحسن الأول (قرب دار الضريبة) الداخلة أكادير - المغرب

Immeuble Borj Al Hikma 2ème étage N°6, boulevard Hassan I, 80 000, Dakhla Agadir - Maroc

Tél / fax: 05 28 22 22 19 - Email: neurochirurgien.elmalki@gmail.com

NURODOL® 400 mg, comprimé pelliculé, boîte de 30

Ibuprofène

Pour les médicaments

mettez lire attentivement cette notice

- Si vous avez d'autres médicaments en cours de traitement, consultez votre pharmacien.

- Ce médicament vous est destiné à être utilisé par des personnes.

- Si l'un des effets indésirables non mentionnés ci-dessus vous concerne, consultez votre pharmacien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que Nurodol® 400 mg ?

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Nurodol® 400 mg, comprimé pelliculé ?

3. Comment prendre Nurodol® 400 mg, comprimé pelliculé ?

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

5. Comment conserver Nurodol® 400 mg, comprimé pelliculé ?

6. Informations supplémentaires



Nurodol® 400 mg
30 Comprimés Pelliculés

Ne prenez pas plus de 3 comprimés par jour. Si vous remarquez un effet indésirable ou à votre médecin ou à votre pharmacien.

Effet sur l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines : Dans de rares cas, la prise de ce médicament peut entraîner des vertiges et des troubles de vue.

Excipient à effet notoire : Sans objet

3. COMMENT PRENDRE NURODOL 400 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

Posologie et mode d'administration : Réservé à l'adulte (plus de 15 ans).

PRV 30.00 DW
LOT F886 PER 09/25

0 Comprimé Pelliculé

Grossesse : Au cours des 5 premiers mois de votre grossesse, votre médecin peut être amené, si nécessaire à vous prescrire ce médicament. A partir du 6ème mois de grossesse, vous ne devez en aucun cas prendre de Nurodol® 400 mg, comprimé pelliculé, car ses effets sur votre enfant peuvent avoir des conséquences graves, voire mortelles. Si vous êtes enceinte ou si vous envisagez d'être enceinte, consultez votre médecin. Respectez strictement l'ordonnance de votre médecin. Ne prenez pas plus de 3 comprimés par jour. Si vous remarquez un effet indésirable ou à votre médecin ou à votre pharmacien.

Effet sur l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines : Dans de rares cas, la prise de ce médicament peut entraîner des vertiges et des troubles de vue.

Excipient à effet notoire : Sans objet

3. COMMENT PRENDRE NURODOL 400 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ ?

Posologie et mode d'administration : Réservé à l'adulte (plus de 15 ans).