

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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° W21-817671

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1853 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAKACH M. NADIS

Date de naissance : 02/06/1953

Adresse :

Tél. : 0661323124 Total des frais engagés : 1018,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 DEC 2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Ed anax

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 : AGADIR Le : 17/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-817671

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 : 1853

Nom de l'adhérent(e) : DAKACH

Total des frais engagés : 1018,80

Date de dépôt :

[illegible][illegible][illegible][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'O.D.F.

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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412		21433552																
00000000		00000000																
G																		
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Merieme El Machkour

Neurologue

Électro-Encéphalogramme (EEG)

Électro-Neuro-Myogramme (EMG)



الدكتورة مريم المشكور

أخصائية الدماغ والأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Lauréate de la faculté de médecine de Fes

Diplômée en Neuropathies périphériques à Paris

Diplômée en Parkinson et Mouvements anormaux à Fes

Diplômée en Electro-neuro-myographie à Rabat

Ancien médecin des hôpitaux de L'AP-HP à Paris

Membre des Sociétés françaises et Marocaines de Neurologie

Ancien interne au CHU Hassan II à Fes

خريجة كلية الطب بفاس

دبلوم في طب الأعصاب الطرفي بباريس

دبلوم في مرض باركنسون والحركات غير الإعتيادية بفاس

دبلوم في التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات بالرباط

طبيبة سابقا بالمستشفيات الجامعية بباريس

عضوة في الجمعيات المغربية والفرنسية لأمراض الأعصاب

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي بفاس

INZEGANE le : 17/10/2023

ORDONNANCE

Mr DAKACH MOHAMED NAJIB

9x 79.80
velaxor 37.5MG

2 cp et 1 cp le soir après le petit dej pd 3 mois

3734



418.20
PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI
Dr. LAMIA OUSSEHIR
61, Av. Al Mansour Eddahbi
Cité Dakhla - AGADIR
Tél: 05 28 22 01 45
INPE: 042007377

Angle
Immeuble Ennakhil, Av. des FAR - INZEGANE
Dr. Merieme El Machkour
Neurologue
0619105969000077

Rendez-Vous

Le 10/11/2024

+212 528 33 41 41

✉ elmachkourmerieme@gmail.com

عمارة النخيل، زاوية شارع محمد الخامس وشارع الجيش الملكي إنزكان (قرب منطقة أمن إنزكان)

Immeuble Ennakhil, angle Med V et Av des FAR - Inezgane (à côté du commissariat principal)

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1209741

EXP 09/25

PPV 79DH80

**30 gélules à
libération prolongée**

Voie Orale

VELAXOR® LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

VELAXOR[®] LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1209741

EXP 09/25

PPV 79DH80

**30 gélules à
libération prolongée**

Voie Orale

VELAXOR[®] LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1209741

EXP 09/25

PPV 79DH80

**30 gélules à
libération prolongée**

Voie Orale

VELAXOR® LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

VELAXOR[®] LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1209741

EXP 09/25

PPV 79DH80

**30 gélules à
libération prolongée**

Voie Orale

VELAXOR[®] LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1209741

EXP 09/25

PPV 79DH80

**30 gélules à
libération prolongée**

Voie Orale

VELAXOR® LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

VELAXOR[®] LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1209741

EXP 09/25

PPV 79DH80

**30 gélules à
libération prolongée**

Voie Orale

VELAXOR[®] LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

VELAXOR[®] LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1209741

EXP 09/25

PPV 79DH80

**30 gélules à
libération prolongée**

Voie Orale

VELAXOR[®] LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

VELAXOR[®] LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1209741

EXP 09/25

PPV 79DH80

**30 gélules à
libération prolongée**

Voie Orale

VELAXOR[®] LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 1209741

EXP 09/25

PPV 79DH80

**30 gélules à
libération prolongée**

Voie Orale

VELAXOR® LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

Docteur Merieme El Machkour

Neurologue

Électro-Encéphalogramme (EEG)

Électro-Neuro-Myogramme (EMG)



الدكتورة مريم المشكور

أخصائية الدماغ والأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Lauréate de la faculté de médecine de Fes

Diplômée en Neuropathies périphériques à Paris

Diplômée en Parkinson et Mouvements anormaux à Fes

Diplômée en Electro-neuro-myographie à Rabat

Ancien médecin des hôpitaux de L'AP-HP à Paris

Membre des Sociétés françaises et Marocaines de Neurologie

Ancien interne au CHU Hassan II à Fes

خريجة كلية الطب بفاس

دبلوم في طب الأعصاب الطرفي بباريس

دبلوم في مرض باركنسون والحركات غير الإعتيادية بفاس

دبلوم في التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات بالرباط

طبيبة سابقا بالمستشفيات الجامعية بباريس

عضوة في الجمعيات المغربية والفرنسية لأمراض الأعصاب

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي بفاس

INZEGANE LE : 17/10/2023

Mr DAKACH MOHAMED NAJIB

Note d'honoraire

Désignation	Montant
CONSULTATION SUIVI	300,00

Total Honoraires en MAD

300,00

Rendes-Vous

Le :/...../.....

+212 528 33 41 41

✉ elmachkourmerieme@gmail.com

عمارة النخيل، زاوية شارع محمد الخامس وشارع الجيش الملكي إنزكان (قرب منطقة أمن انزكان)

Immeuble Ennakhil, angle Med V et Av des FAR - Inezgane (à côte du commissariat principal)