

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

- 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° W19-467712

ND: 32640

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدية الكودس PHARMACIE AL QUODS AV. ALLAL EL FASSI BARRAKECH TEL 05 24 30 82 94	30/04/2022	461,00

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

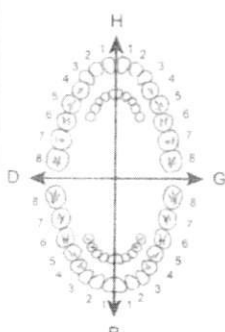
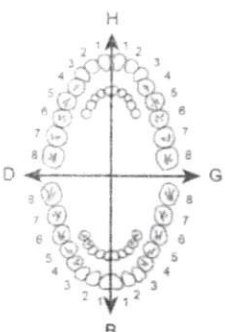
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
	19.05.20				

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 :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

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

PPV: 22DH20
 PER: 01/22
 LOT: J072

PPV: 22DH20
 PER: 10/21
 LOT: 12334

PPV: 22DH20
 PER: 10/21
 LOT: 12427

PPV: 22DH20
 PER: 01/22
 LOT: J071

PPV: 22DH20
 PER: 10/21
 LOT: 12334

PPV: 22DH20
 PER: 01/22
 LOT: J070

PPV: 22DH20
 PER: 01/22

PPV: 22DH20
 PER: 01/22
 LOT: J035

DOUTABAA CHAKIB

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

- **Mydoflex 150mg**
 1 comprimé matin et soir pendant 15 jours
- **Codoliprane 400 mg / 20 mg**
 2 Comprimés matin, midi, soir, pendant 15 jours
- **Tegretol 200 mg**
 1/2 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 2 mois
- **Vitanevril fort**
 1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 15 jours
- **Vegebom crème chauffante**
 1 application 2 fois par jour

LOT: M19095
 EXP: MAI 2024
 PPV: 81,10 DH

PPV
 LOT
 PER

VEGEBOM
 CREME CHAUFFANTE 40ml
 PPC : 79,50 DH
 Ut av :
 Mai/2021
 Lot :
 805271-2
 MEDIPRO PHARMA

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

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 والقنود الفقري

■ التخطيط الكهربائي للدماغ

■ خريج كلية الطب بمبولي - فرنسا

30/04/2020

Marrakech, le : : مراكش في

DOUTABAA CHAKIB

15 SEANCES DE KINÉSITHÉRAPIE ACTIVE POUR TENDINITE
DE L'ÉPAULE GAUCHE

MOBILISATION PASSIVE ET ACTIVE DE L'ÉPAULE GAUCHE

PHYSIOTHERAPIE

CHERRAT MOUNA
PHYSIOTHERAPEUTE
Rue Oberdanier - Im. Sawsan
Appt. N° 2 Guéliz - Marrakech
Tél : 05 24 44 64 45 / GSM : 06 61 65 72 88

Dr. DIOURI Med Jalil
Neurochirurgien
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

- 1 - Mardi 19 - 05 - 2020
- 2 - Mercredi 20 - 05 - 2020
- 3 - Vendredi 22 - 05 - 2020
- 4 - Mardi 26 - 05 - 2020
- 5 - Jeudi 28 - 05 - 2020
- 6 - Samedi 30 - 05 - 2020
- 7 - Lundi 01 - 06 - 2020
- 8 - Mercredi 03 - 06 - 2020
- 9 - Vendredi 05 - 06 - 2020
- 10 - Lundi 08 - 06 - 2020
- 11 - Mercredi 10 - 06 - 2020
- 12 - Vendredi 12 - 06 - 2020
- 13 - Lundi 15 - 06 - 2020
- 14 - Mercredi 17 - 06 - 2020
- 15 - Vendredi 19 - 06 - 2020

CHERRAT MOUNA
PHYSIOTHERAPEUTE
Rue Oued Nfis, Imm. Sawzan
Appt. N° 2 Gueliz - Marrakech
Tél : 05 24 44 64 45 / GSM : 06 61 65 72 88

CHERRAT MOUNA
PHYSIOTHERAPEUTE
Rue Oued Nfis, Imm. Sawzan
Appt. N° 2 Gueliz - Marrakech
Tél : 05 24 44 64 45 / GSM : 06 61 65 72 88

N° de patente : 45112328

IGR : 68974120

Marrakech, le 19.05.2020

CHERRAT MOUNA
KINESITHERAPEUTE

Facture :

Nom et prénom : DOUTABAA

MLE : CHARB

Sur préinscription du docteur : DIAURI Med Jalil

Nombre de nature du traitement : 15 Séances de : réé-

ducation de l'épaule gauche (Tendinite de
l'épaule gauche)

Soins prodigués de : au

Somme du : 15 séance 150 Dhs = 2250 Dhs

TVA : inclus seances inclus %= inclus Dhs

Total : 2250 Dhs

Présente facture est arrêtée à la somme de : Deux mille

deux cent cinquante (D.H.)

CHERRAT MOUNA
PHYSIOTHERAPEUTE
Rue Oued N'fis, Imm. Sawsan
APPT. N°2 Guéliz - Marrakech
Tél : 05 24 44 64 45 / GSM : 06 61 65 72 88

Imm. Saousane Appt N°2 Oued N'Fis-Guéliz
(en face de la clinique Ibn Rouchd) Marrakech
Tél : 05.24.44.64.45 - GSM : 06.61.65.72.88