

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-564304

176134

par *El Omari*



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *R 0678*

Société : *R.A.M*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

M.D.M.R.I

Date de naissance :

22/08/45

Adresse :

07 Rue JAR - Zouhida - Rabat

Tél. :

06 61 22 3402

Total des frais engagés : *295,90 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

21/09/2023

ACCIE

*Dr. Najib EL OMARI
Ex Médecin Colonel
Ex Médecin Chef de Santé Navale Maroc Royale
Ex Médecin Chef de Service Oxygenothérapie
Hyperbare
H.M.I.M.V. Rabat
INRE : 104 109 707*

Date de consultation :

12/09/2023

Nom et prénom du malade :

M.D.M.R.I ZOUHIDA

Age : *78 ans*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Varice + Aphise buccale

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 :

12/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Le : *12/09/2023*

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
12/10/99	Ca	Ca	20000	Dr. Nabil EL Mekkaoui Médecin Enseignant Chef de Santé Nutritionnel et de Service Oxygénotherapie Hyperbare Raphaël LALI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MICH'LIFEN 2, Av. Michlifen, Agdal, Casablanca Tél. 053 767 52 64	12/9/93	951.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Najib EL OMARI

Médecine générale

الدكتور نجيب العمري

الطب العام

- Médecin Colonel en retraite
- Ancien Médecin chef du service Oxygénothérapie Hyperbare Hôpital Militaire d'Instruction Med V Rabat
- Ancien Médecin Chef de la Marine Royale

- طبيب كولونيال منقاد
- رئيس سابق لمصلحة العلاج بالأكسجين تحت الضغط المفرط بالمستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس بالرباط
- طبيب رئيسي سابق للبحرية الملكية

INPE : 101 104 784

ORDONNANCE

وصفة طبية

Rabat le : 12/09/2023

= 95.90

Dr. N. OMARI

صيدلية ميشلين
PHARMACIE MICHLIFEN
2, Av. Michlifen, Agdal - Rabat
Tél : 0537 67 53 54 / 05 37 67 28 87

65.00

- Biotic plus 500mg/600ml

10.30 x 10 ml x 2/j x 68

- Doliprane 500mg 4.35

2x1/4 de ml si fièvre

et 2x1/4 de ml si Douleur

- Venamit 100mg

1 ampoule /j x 10 j

- URG 50 Filmogel Aphite

1 à 2 gouttes/j si brûlure

Imm 49 App 2 - 1^{er} étage Avenue Atlas - Agdal - Rabat
Tél : +212 537 77 61 67 / E_mail : cabinetelomari1@gmail.com

Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg



Doliprane®

500 mg.

Doliprane®
PARACETAMOL



DOULEURS
FIEVRE

Voie orale
20 COMPRIMES SECABLES

bottu ut
82, Avenue des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV 100H30

PER 12/25

TOT L4193



Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg



Doliprane®
PARACETAMOL
500 mg.

DOULEURS
FIEVRE
20 COMPRIMES SECABLES

Boîte 1L

82, Avenue des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV 100H30

PER 12/25

TOT L4193

Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg



Doliprane®
PARACETAMOL
500 mg.

Adulte et enfant
à partir de 27 kg

Voie orale
20 COMPRIMES SECABLES

Adulte et enfant
à partir de 27 kg

DOULEURS
FIEVRE

bottu 11
82, Avenue des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV 100H30

PER 12/25

TOT L4193



Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg

مضاد حيوي

بيوتيك بلوس

500 ملخ / 62,50 ملخ

أموكسيلين - حامض كلوروكولانيك
ملاعنة

PPV: 10DH30
PER: 06/25
LOT: L2060



b

82, Allée des Ca
S. Bachour

BIOTIC® PLUS
500 mg / 62,50 mg
Poudre pour suspension buvable en sachet
Boîte de 12 sachets - P.P.V. : 45,80 DH



500 ml

PARACETAMOL