

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



Déclaration de Maladie

N° W19-564304

176134

payé

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : R. A. M.

Matricule : R 0678 Société : R. A. M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAMRI Zoukida

Date de naissance : 22/08/45

Adresse : 27 Rue Ibn Bouabene Appt 4 ACAD - Rabat

Tél. : 066123402 Total des frais engagés : 295,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. Najib EL OMARI

Cachet du médecin : Ex Médecin Colonel
Ex Médecin Chef de Santé Navale Marine Royale
Ex Médecin Chef de Service Oxygenothérapie
Hyperbare
H.M.I.M.V. Rabat
INRE : 401 404 704

Date de consultation : 12/09/2023

Nom et prénom du malade : MAMRI ZOUKIDA Age : 78 ans

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

Nature de la maladie : Varicelle + Angine

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 : Rabat Le : 12/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
12/02/23	Ca	Ca	200,00	Dr. M. EL HACHIMI Ex Médecin Chef de Service Hyperbare INP 102042564

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MICHLIFEN 2, Av. Michlifén, Agdal - Rabat Tél: 0537 67 53 54 / 05 37 67 26 87 INP 102042564	12/02/23	951,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

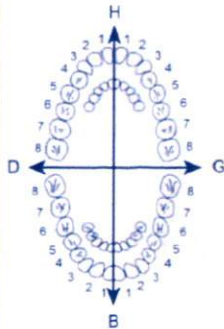
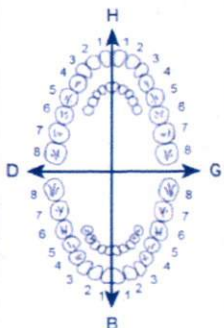
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

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 كولونيل متقاعد
- 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

65,00

- Biotic plus 500mg/625mg

10,30 x 10
- Doliprane 500mg 4/3/2

- 2 p/4 h si Fièvre

et 2 cps/4 h si Douleur

- Veinamit 100mg

1 p/4 h x 10 j

- URGO Filmogel Aphor

1 à 2 applications/j si Douleur

صيدلية ميشليفين
PHARMACIE MICHILIFEN
2, Av. Michlifien, Agdal - Rabat
Tél : 0537 67 53 54 / 05 37 67 26 87

Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg.

Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

**DOULEURS
FIEVRE**

**Vole orale
20 COMPRIMES SECABLES,**

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV 100H30
PER 12/25
LOT L4193

Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg.

Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

**DOULEURS
FIEVRE**

**Vole orale
20 COMPRIMES SECABLES,**

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV 100H30
PER 12/25
LOT L4193

Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg.

Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

**DOULEURS
FIEVRE**

**Vole orale
20 COMPRIMES SECABLES,**

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV 100H30
PER 12/25
LOT L4193

Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg

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



82, Allée des Ca
S. Bachout

مضاد حيوي

BIOTIC PLUS
500 mg / 62,50 mg
Poudre pour suspension buvable en sachet
Boîte de 12 sachets - P.P.V. : 65,00 DH



بيوتيك® بلوس
500 ملغ / 62,50 ملغ
أموكسيسيلين + حامض كلافولانيك

Doliprane®
PARACETAMOL
500 mg

