

## 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° W19-564300

payement

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 0678 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 176133

Nom & Prénom : MAMRI Zoubida

Date de naissance : 22/08/45

Adresse : 27 Rue Ibn Boublone apt 4  
Rabat - AADN

Tél. : 0661223402 Total des frais engagés : 542,00 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 Oxygénothérapie  
Hyperbare  
H.M.L.M.V - Rabat  
INSEE : 101 104 784

Date de consultation : 15/08/2023

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

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

Nature de la maladie : Herpès

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) :

15/08/2023



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
15/08/2022	Cn	Ca	200,00	INP : 101704789 Dr. M.I.M.V. - Rabat Ex-Médecin Chef de Service Oxygénosité Ex-Médecin Chef de Service Hyperbare M.I.M.V. - Rabat - Ex-Médecin Chef de Service Oxygénosité INP : 101704789

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/08/23	342,50

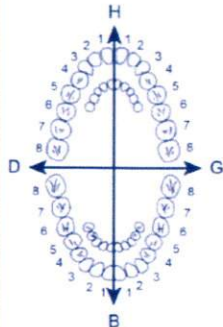
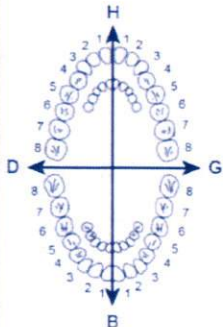
[illegible][illegible]

# 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 : <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"/>
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 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 : 15/08/2023

M<sup>me</sup> NAJARI Zoubida

14,00 x 4

- Doliprane 1000mg (4x3)  
14/4h po & fièvre

259,00

- Ciclovir 400mg

1cp x 3/j x 8j

27,50

- Spasfon

2cp x 3/j - si douleur  
abdominale.

Dr. Najib EL OMARI  
Ex Médecin Colonel  
Ex Médecin Chef de Santé Navale Marine Royale  
Ex Médecin Chef de Service Oxygénothérapie  
Hyperbare  
H.M.I.M.V - Rabat  
Tél : +212 537 77 61 67 / E-mail : cabinetelomari1@gmail.com

صيدلية ميشاليفين  
PHARMACIE MICHLIFEN  
2, Av. Michlifien, Agdal - Rabat  
Tél : 0537 67 53 54 / 0537 67 26 87

30 COMPRIMES ENROBES  
30 قرص ملبس



phloroglucinol 80 mg / trimethylphloroglucinol 80 mg



fabriqué sous licence par :



Zenith Pharma

96, Zone industrielle Tassila Inezgane - Agadir - Maroc.  
Dr M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable.

Tenir hors de la portée et de la vue  
des enfants  
يحفظ بعيدا عن متناول وبصر الأطفال.  
AMM N° 451/14 DMP/21/NRQ

05478



Spasfon®  
30 comprimés enrobés



6 118000 330226

# CICLOVIRAL<sup>®</sup>

Aciclovir

400 mg

CICLOVIRAL<sup>®</sup> 400mg  
25 comprimés



6 118000 071303

 **Voie orale**

LOT: 223033

EXP: 02/25

PPV: 259DH00

**25 comprimés**



# **Doliprane<sup>®</sup>**

## **Paracétamol 1000 mg**



10 Comprimés sécables

**Doliprane<sup>®</sup> 1000 mg**

Paracétamol

PPV:14DH00  
PER:04/26  
LOT:M741



# **DOULEURS & FIEVRE**



Adulte

# **Doliprane<sup>®</sup>**

## **Paracétamol**

### **10000 mg**



10 Comprimés sécables

**Doliprane<sup>®</sup> 1000 mg**  
Paracétamol

PPV:14DH00  
PER:04/26  
LOT:M741



# **DOULEURS & FIEVRE**



Adulte

# **Doliprane<sup>®</sup>**

## **Paracétamol 1000 mg**



10 Comprimés sécables

**Doliprane<sup>®</sup> 1000 mg**  
Paracétamol

PPV:14DH00  
PER:04/26  
LOT:M741



# **DOULEURS & FIEVRE**



Adulte



# **Doliprane<sup>®</sup>**

## **Paracétamol**

### **10000 mg**



10 Comprimés sécables

**Doliprane<sup>®</sup> 1000 mg**  
Paracétamol

PPV:14DH00  
PER:04/26  
LOT:M741



# **DOULEURS & FIEVRE**



Adulte