

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-796523

payé

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462 Société : 84034

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SAHRA AHMED

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : Av. Fatima el Moulay el Bellah 210 Hay Essalam Hayah 01 DE

Tél. : 061284325 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. ESSAMRI Wafaa**  
Hépatogastroentérologie  
Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie du CH Ibn Sina Rabat

Date de consultation : 15/11/2023

Nom et prénom du malade : SAHRA AHMED

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

Nature de la maladie : LED + HAI

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 : 15/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-796523

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).

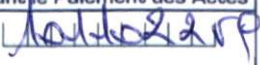
Matricule : 3462

Nom de l'adhérent(e) : SAHRA AHMED

Total des frais engagés : 1086

Date de dépôt : 14/11/2023



| 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                           |
| 17/11/2023                     | Com               | 1                     | gratuit                         | INP :  |

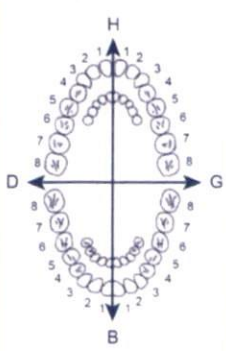
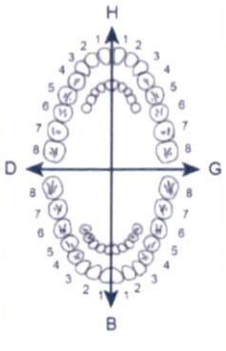
| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|  | 15/11/23 | 10864                 |

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

**VOLET ADHERENT**

\* 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 :<br>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"/>  |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|    |  |                      |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                      |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td align="center" colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td align="center">25533412<br/>00000000</td> <td align="center">21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td align="center">D</td> <td align="center">G</td> </tr> <tr> <td align="center">00000000<br/>35533411</td> <td align="center">00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      |             |   | H |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  |
|   | H  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   | D  | G                    |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   | B  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
|   |  |                      |             |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |  |                      |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |

# Docteur ESSAMRI Wafaa

Spécialiste des Maladies du Tube Digestif,  
Foie, Pancréas, Proctologie

Ancienne Professeur à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Rabat - CHU Ibn Sina



## الدكتورة السمرى وفاء

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي،  
الكبد، البنكرياس، الشرج

أستاذة سابقة بكلية الطب والصيدلة بالرباط  
المستشفى الجامعي ابن سينا

Rabat, le .....

20/12/23

N° - SABRI Khadija

29400 x 3

1 curel 20.

1 curel 32h

Plaf - eni 200

1 curel 32h

Dr. ESSAMRI Wafaa

Hépatogastro-Entérologie

زاوية شارع الحسن الثاني، زنقة الكونغو، الطابق الثالث، مكتب رقم 23 - الرباط

Angle Av. Hassan II Rue Congo, 3<sup>ème</sup> Etage, Bureau N° 23 - Rabat

Tél. : 05 37 66 06 64 - GSM : 06 61 38 89 987 E-mail : essamriwafaa@gmail.com

PHARMACIE UNIVERSELLE  
KAMYANIS PHARMA SARL  
1, Avenue Allal Ben Abdellah - Rabat  
Tél : 08 08 50 86 79  
ICE : 002849918000083

PHARMACIE UNIVERSELLE  
KAMYANIS PHARMA SARL  
1, Avenue Allal Ben Abdellah - Rabat  
Tél : 08 08 50 86 79  
ICE : 002849918000083



**Pharmacie UNIVERSELLE (Société KAMYANIS  
PHARMA SARL AU) - Rabat**

Mounir KADIRI HASSANI

0808508679



**Facture N° 20231115-755**

Date de vente : 15/11/2023  
Médecin traitant :

**SABAI KHADIJA**

RABAT, Maroc

| Produit                           | Qté. | P.U    | TVA         | Total  |
|-----------------------------------|------|--------|-------------|--------|
| PLAQUENIL CO 200MG B30 COMP PELLI | 4    | 51,10  | TVA (7.00%) | 204,40 |
| IMUREL CO 50MG B100 COMP MV       | 3    | 294,00 | TVA (7.00%) | 882,00 |

|              |                     |
|--------------|---------------------|
| Total HT     | 1 015,33 DHS        |
| TVA          | 71,07 DHS           |
| <b>Total</b> | <b>1 086,40 DHS</b> |

**Arrêté la présente facture à la somme de : mille quatre-vingt-six DHS et quarante centimes**



IF : 50350464 TP : 25708469 RC : 153877 ICE : 002849918000083

Tel : 0808508679

Adresse : 1, avenue Allal Ben Abdallah, Rabat

**Titulaire d'AMM au Maroc :**

sanofi-aventis Maroc. Route  
de Rabat R.P.1, Aïn Sebaâ,  
Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR,  
Pharmacien Responsable.

**Nom et adresse du  
fabricant :**

Maphar. Km 10, Route  
côtière 111, Ql-Zenata, Aïn  
Sebaâ, Casablanca.



P.P.V : 51DH10



PLAQUENIL 200MG  
CP PEL B30

LOT : 23E002

PER.: 04 2026

**Plaquénil 200 mg**

احترم المقادير الموصوفة  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance-Liste II  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II



**NIVEAU 2**  
مستوى 2

**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

كن حذراً جداً  
عليك بعدم القيادة من دون  
استشارة خبير صحة

**Titulaire d'AMM au Maroc :**

sanofi-aventis Maroc. Route  
de Rabat R.P.1, Aïn Sebaâ,  
Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR,  
Pharmacien Responsable.

**Nom et adresse du  
fabricant :**

Maphar. Km 10, Route  
côtière 111, Ql-Zenata, Aïn  
Sebaâ, Casablanca.



P.P.V : 51DH10



CP PEL B30

PLAQUENIL 200MG

LOT :23E001

PER.:04 2026

**Plaquénil 200 mg**

احترم المقادير الموصوفة

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance-Liste II  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II



**NIVEAU 2**

**مستوى 2**

**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

كن حذراً جداً

عليك بعدم القيادة من دون

استشارة خبير صحة

**Titulaire d'AMM au Maroc :**

sanofi-aventis Maroc. Route  
de Rabat R.P.1, Aïn Sebaâ,  
Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR,  
Pharmacien Responsable.

**Nom et adresse du  
fabricant :**

Maphar. Km 10, Route  
côtière 111, QI-Zenata, Aïn  
Sebaâ, Casablanca.



P.P.V: 51DH10



PLAQUENIL 200MG  
CP PEL B30

LOT :23E001

PER.:04 2026

**Plaquénil 200 mg**

احترم المقادير الموصوفة

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance - Liste II  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II



**NIVEAU 2**

مستوى 2


**Soyez très prudent**

Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

كن حذراً جداً

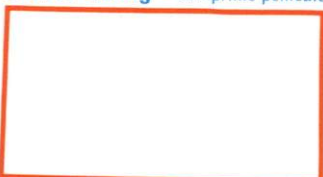
عليك بعدم القيادة من دون

استشارة خبير صحة

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé  
Boîte de 100  
AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ   
PPV: 294,00 DH  
Distribué par Laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Sous licence des laboratoires ASPEN

  
6 118001 071456

**Imurel® 50 mg – comprimé pelliculé**



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE – Liste I.

Médicament autorisé n°

  
6 091403 200726

Azathioprine 100 mg

**Imurel®**



IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé

Boîte de 100

AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ

PPV: 294,00 DH

Distribué par Laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA

Sous licence des laboratoires ASPEN



**Imurel® 50 mg – comprimé pelliculé**



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE – Liste I.

Médicament autorisé n°



Azathioprine 100 comprimés pelliculés

**Imurel® 50 mg**



IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé

Boîte de 100

AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ

PPV: 294,00 DH

Distribué par Laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA

Sous licence des laboratoires ASPEN



6 118001 071456

**Imurel® 50 mg – comprimé pelliculé**



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE – Liste I.

Médicament autorisé n°



6 091403 200726

Azathioprine 100 comprimés pelliculés

**Imurel® 50 mg**



**Titulaire d'AMM au Maroc :**

sanofi-aventis Maroc. Route  
de Rabat R.P.1, Aïn Sebaâ,  
Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR,  
Pharmacien Responsable.

**Nom et adresse du  
fabricant :**

Maphar. Km 10, Route  
côtière 111, QI-Zenata, Aïn  
Sebaâ, Casablanca.



P.P.V : 51DH10



PLAQUENIL 200MG  
CP PEL B30

LOT : 23E001

PER.: 04 2026

**Plaquénil 200 mg**

احترم المقادير الموصوفة

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance - Liste II  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II



**NIVEAU 2**  
مستوى 2

**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

كن حذراً جداً  
عليك بعدم القيادة من دون  
استشارة طبيب صحتك