

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-568609

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20678 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAMRI Zoubida
 Date de naissance : 22/08/45 à Rabat
 Adresse : 27 rue Ibn Bouaboune APART 4 Résidence ALKASBAH DAKAR ACADAL
 Tél. : 0661223402 Total des frais engagés : 493,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Najib EL OMARI
 Ex Médecin Colonel
 Ex Médecin Chef de Santé Navale Marine Royale
 Ex Médecin Chef de Service Oxigénotherapie
 Hyperbare
 H.M.I.M V - Rabat -
 INDE : 101 104 784

Date de consultation : 14/02/2024
 Nom et prénom du malade : MAMRI Zoubida Age : 19US
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ARTHROSE de la main gauche
 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 : DAKAR Le : 14/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
14/12/21	C2	C2	2000	<p>INF : 14112184</p> <p>Dr. Najib EL KHALIL</p> <p>Ex Médecin Colonel RO</p> <p>Ex Médecin Chef de Santé Navale Marine</p> <p>Ex Médecin Chef de Service Orygénomètre</p> <p>Ex Médecin Chef de Service Hypobar</p> <p>247 - Babar</p> <p>104 784</p>

INP: 141009384
 Dr. Najib El ^{Pharmacien}
 Ex Mécécine Colonel ^{Avale}
 ecin Chef de Santé Navale Marine ^{Avale}
 Mécécine Chef de Service ^{Oxygénothérapie}
 Hypertense
 H.M.I.M. ^{Reber}
 INP: 101 104 784

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/2/24	293,10

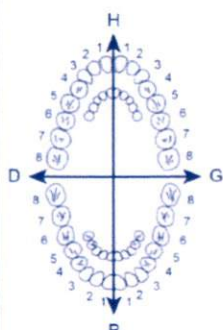
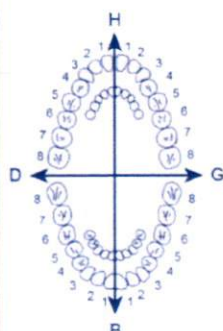
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>D</th> <th>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 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 : 14/2/2024

M^{me} MAMRI ZOUBIDA

76,20

Volcarine 75

1cp le soir x 15j

149,90

ACTA BAUME crème

sapropia

53,00

- IPP 20 mg

1cp le soir x 14j

14,00

- Dolipran 1000

Dr. Najib EL OMARI
Ex Médecin Colonel
Ex Médecin Chef de Santé Navale Marine Royale
Hyperbare
Ex Médecin Chef de Service Oxygénothérapie
H.M.I.M.V. - Rabat
INPE : 101 104 784

Tc 293,10

Imm 49 App 2 - 1^{er} étage Avenue Atlas - Agdal - Rabat

Tél : +212 537 77 61 67 / E-mail : cabinetelomari1@gmail.com

Oméprazole 20 mg

IPP®

Inhibiteur de la pompe à protons



14 gélules

microgranules
gastro-résistants

Voie orale

Indications - Contre-indications
mode et voie d'administration :
lire notice intérieure.

الإنشادات - حالات عدم الإستعمال - المقادير
وكيفية الإستعمال : إقرأ البيان داخله

مختبرات جالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

Conserver à une température inférieure
à 30°C et à l'abri de l'humidité

Ne pas laisser à la portée des enfants

يحفظ في أقل من 30 درجة حرارية
و بعيدا عن الرطوبة

لا يترك في متناول الأطفال

 GALENICA

IPP®

Oméprazole 20 mg
Boîte de 14 gélules

P.P.V. : 53,00 DH



6 118000 190547

IPP®

Inhibiteur de la pompe à protons

Oméprazole 20 mg Boîte de 14 gélules microgranules gastro-résistants

Lot N°: / Date Per. :

E P P A H 2 V F A 01

Doliprane®

Paracétamol

1000 mg

10 Comprimés sécables

PPV: 14DH00
PER: 09/26
LOT: M3222



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا الجرعات الموصوفة

Liste II - Uniquement sur ordonnance.
Tenir hors de la portée, et de la vue des enfants.

لائحة II - يصرف فقط بموجب وصفة طبية
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و عن مراه الأطفال.

6 118001 030408
○ VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

Numéro de
l'Autorisation de
Mise sur le Marché :
رقم رخصة التسويق :
325 DMP/21/NCI

Date
lim.ut.:
N° lot
fab.:

06 2026
TAYU2

