

## 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° W19-560946

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 0678 Société : R.A.M  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MAMRI Zoubida  
 Date de naissance : 22 AOUT 1945  
 Adresse : 27 Rue JBL Bonible ne Appt 4 AGDAL  
Rabat résidence AL KASBAH  
 Tél. : 00612234021 Total des frais engagés : 400,40 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 Oxygénothérapie  
Hyperbare  
H.M.I.M.V - Rabat -  
INPE : 101 104 784

Date de consultation : 13 10/10/2022  
 Nom et prénom du malade : MAMRI Zoubida Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Angine + ATALgie D'oe  
 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 : 13 10/10/2022

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                                                                                                                                                                       |
| 13/11/20                       | C2                | C2                    | 200,50                          | INP : 101104784<br>Dr. Najib EL OUALI<br>Ex Médecin Colonel<br>Ex Médecin Chef de Santé Navale Marine Royale<br>Ex Médecin Chef de Service Oxygénothérapie<br>Hypertension<br>H.M. 1 <sup>er</sup> V - Rabat -<br>INPE : 101 104 784 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                  |          |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Dispenseur                                                      | Date     | Montant de la Facture |
| PHARMACIE MICHENEN<br>3 Av. Michenen, Agdal - Rabat<br>Tél : 0537 87 53 54 / 0537 87 28 87 | 13/01/22 | 209,40                |
| INPE : 102042561                                                                           |          |                       |

| 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 :<br>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"/>         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES                                                                                                  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>D</td> <td> </td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>B</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                          |                                              |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                                              |
|                                                                                                                             | [Création, remont, adjonction]<br>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

Dr. NAJIB EL OMARI

Médecine Générale

Médecin colonel retraité  
Ancien Médecin chef du service  
Oxygénothérapie Hyperbare  
Hôpital Militaire d'Instruction Med V Rabat  
Ancien Médecin Chef de la Marine Royale

INPE : 101 104 784

الدكتور نجيب العم

الطب العام

طبيب كولونيل متقاعد  
رئيس مصلحة العلاج بالأكسجين  
تحت الضغط بالمستشفى العسكري  
الدراسي محمد الخامس بالرباط سابقا  
طبيب رئيسي للبحرية الملكية سابقا

## Ordonnance

وصفة طبية

Rabat le : 13/01/2022. الرباط :

M<sup>me</sup> MAMRI Zoubida

PHARMACIE MICHILIFEN  
2, Av. Michilifen Agdal - Rabat  
Tel : 0537 67 61 67 / 0537 67 26 87

19,40

(1) Antibio Synalar gélules  
2g lts x 3/j

ANTIBIO SYNALAR

19,40

45,50

(2) CATAFLAN 80.

2cp x 2/j  
après les repas - x 5 j

55,00

(3) AROXIL 1g cp dispersible (Blade 12)

1cp x 2/j x 5 j

89,50

(4) AROXOL spray

2x j x 6 j



LOT

210697



2024/09

PPC : 89,50 DH

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 -  
INPE : 101 104 784

Imm 49 appart 2 - 1er étage Avenue Atlas - Agdal - Rabat

Tél : +212 537 77 61 67 / E-mail : [elomarijmb.nabb@gmail.com](mailto:elomarijmb.nabb@gmail.com)

# Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

## Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) ..... 12g

Excipient q.s.p. .... 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

- اموكسيسيلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسيرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

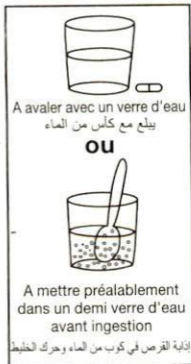
Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**



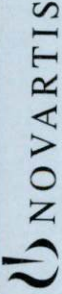
PPV: 55,00 DH  
LOT: 647348  
PER: 02/23

AMOXIL 1g   
12 comprimés dispersibles



# Cataflam® 50mg

Diclofénac potassium



NOVARTIS

Anti-inflammatoire, Analgésique.

Voie orale

20 Dragées à 50 mg

احترم المبادئ الموصوفة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II- Uniquement sur Ordonnance

Titulaire de l'AMM : صاحب الخبرة :  
Novartis Pharma Maroc  
82, Bd Chefchaoui, Q.I Aïn Sebaâ 20590 -  
Casablanca Maroc  
المصنع :  
Novartis Pharma Maroc  
82, Bd Chefchaoui, Q.I Aïn Sebaâ 20 590  
Casablanca -Maroc.

## كطفلام 50<sup>٠</sup> ملغ

Cataflam® 50mg ○  
20 dragées



6 118000 220053

علاج ضد الآلام و الإتهابات.

عن طريق الفم

20 قرصا من 50 ملغ