

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-710638

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **20678** Société : **2 A.M.**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **ND**

Nom & Prénom : **MAMRI Zoubida** **ND 125907**

Date de naissance : **22/08/45**

Adresse : **27501 Baïboune Appt 4 40-DAL**

Tél. : **0661223402** Total des frais engagés : **849,80** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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  
Hypertense  
H.M.I.M.V - Rabat -  
INPE : 301 204 784**

Date de consultation : **09/08/2022**

Nom et prénom du malade : **MAMRI Zoubida** Age : **76 ans**

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

Nature de la maladie : **HTA + Diabète sucré + arthrose**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **aucune**

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 : **09/08/22**

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


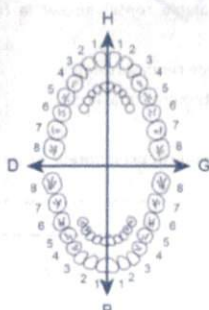


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet et signature du Pharmacien	Date	Montant de la Facture

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODI.																									
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></td> <td>H</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></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) 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

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

صيدلية ميشليفن  
PHARMACIE MICHLIFEN  
2, Av. Michlifen, Agdal - Rabat  
Tél : 0537 67 53 54 / 05 37 67 26 87

INPE : 101 104 784

Rabat le : 09/08/2021

وصفة طبية

ORDONNANCE

N<sup>o</sup> NAMRI Zoubida

131,80 x3 = 394,78  
- IAREG 80mg

22,80

- Viranet

63,20

- ZEPTEC 10mg

64,00

- Carostine

53,10

- RELAXOL

76,20

- Voltaren

PPV  
LOT  
PER

28,80

RELAXOL 500MG/2MG  
CP 820

P.P.V : 53DH10



LOT : 22E002  
PER : 01/2025

Imm 49 App 2 - 1<sup>er</sup> étage Avenue Atlas - Agdal - Rabat  
Tél : +212 537 77 61 67 / E-mail : nomari@mb.najib@gmail.com

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



Canesten® Extra  
15 g de crème



Bayer | 6 118000 170228

Fabricant :

Laboratoires Pfizer S.A.

Km 0.500, Route de Oualidia

B.P 35 - 24000 El Jadida - Maroc

Titulaire d'AMM :

Bayer S.A.

Bd Sidi Mohamed ben Abdellah

Casablanca marina, Tour d'Ivoire 1, Etage 3,

Casablanca 20030 - Maroc

كانستين®

بيفونازول

مرهم

مضاد للفطر واسع الطيف  
إستعمال خارجي



إكسترا



15 غ

LOT : CT014E

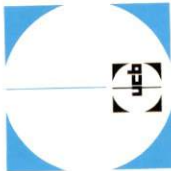
PER : 12 2024

PPV : 64 00



63,20

زيرتيك 10 ملغ<sup>®</sup>  
سيتيريزين ديكلورهيدرات



Zyrtec<sup>®</sup> 10mg



15 قرصا ملبسة قابلة للكسر

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec<sup>®</sup> 10 mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158

**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 - يصرّف فقط بموجب وصفة طبية

يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و عن مرمى الأطفال.



○ VOLTARENE® SR 75 mg  
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

**Voltarène® SR**  
**75mg**

20 comprimés enrobés  
75 mg



**TAREG 80 mg**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants  
احترموا المقادير الموصوفة  
لا تتركها. يصرف فقط بموجب وصفة طبية



6118001030316

**TAREG 80 mg** ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



EXP  
LOT

**09 2024  
BAXR7**

1388



**TAREG 80 mg**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants  
احترموا المقادير الموصوفة  
لا تتركها. يصرف فقط بموجب وصفة طبية



6118001030316

**TAREG 80 mg** ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



EXP  
LOT

**09 2024  
BAXR7**

1388





**TAREG 80 mg**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants  
احترموا المقادير الموصوفة  
لا تتركها. يصرف فقط بموجب وصفة طبية



6118001030316

**TAREG 80 mg** ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



EXP  
LOT

**09 2024  
BAXR7**

1388

