

Fatima 0661 945 427

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

- Reclamation : 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° W19-568551

Par courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *R.0678* Société : *R.A.M*
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : *Mawri Zoubida*
 Date de naissance : *27 5 82* *Boublane Appt 4 Rabat*
 Adresse : *Agdal - Résidence #1 KASBAH*
 Tél. : *0661223402* Total des frais engagés : *746,90* 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.I.M.V. - Rabat -
INPE : 101 104 704*
 Date de consultation : *13 10 2023*
 Nom et prénom du malade : *Mawri Zoubida* Age : *41*
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : *Laryngite*
 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 2023*
 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
13/10/23	Ca	Ca	220,00	INP : 102042561 Dr. Najib EL OMAÏ Ex Médecin Colonel Ex Médecin Chef de Santé Navale Royale Ex Médecin Chef de Service Oxygénothérapie Hyperbare H.M.I.M. V. Rabat - INPE : 781 104 784

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MICHLIFEN 2, Av. Michlifén, Agdal - Rabat Tél : 0537 67 53 54 / 05 37 67 26 87	23/10/23	546,80
INP 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
		A M	P C	I M	I V	

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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D ————— G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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]																	
	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

INPE : 101 104 784

ORDONNANCE

وصفة طبية

Rabat le : 23/01/2023

131,50 x 3

Dr. MAMRI ZouBIDA

① TAREG 80mg / 3 Bx3

76,20 x 2

sup / i

x 3 mois

② Voltaren 75mg 2 Bx2

sup / i apr le repas
no douleur articulaire

546,80

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

صيدلية ميشيلين
PHARMACIE MICHELIN
2, Av. Michellien, Agdal - Rabat
Tél : 0537 67 55 51 / 0537 67 26 87

TAREG® 80 mg

RÉSPÉCTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

احترموا المقادير الموصوفة
لأنه | يصرف فقط بموجب وصفة طبية



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



EXP
LOT

05 2025
BDNE9

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

لأنه لا يصرّف فقط بموجب وصفة طبية



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



EXP
LOT

05 2025
BDNE9

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
لأنه لا يصرّف فقط بموجب وصفة طبية



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

EXP
LOT

01 2025
BCTD3

1388



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 مرمى الأطفال.



○ VOLTARENE® SR 75 mg

Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

Voltarène SR
75mg

20 comprimés enrobés

75 mg



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 - بصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و عن مرأى الأطفال.



○ VOLTARENE® SR 75 mg

Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

Voltarène® SR
75mg

20 comprimés enrobés
75 mg



صيدية مشلفين

PHARMACIE MICHLIFEN

2, Av. Michlifen, Rabat - Agdal

Tél. : 037 67 - 26 - 87 / 037 67 - 53 - 54

R.C.35696 - C.N.S.S. 16694

Patente 25723190

M^{me} HAN KI Zoubida

Rabat le :

23/01/2023

FACTURE

N° 001486

QUANT	D É S I G N A T I O N	Prix .U	Total
3	Terg 80 mg	131,50	394,50
2	Volterène 75 mg	76,20	152,40
			<u>546,90</u>
<p>À noter la présente facture à la somme de cinq cent quarante six dinars, quatre vingt deux centimes</p>			
<p>PHARMACIE MICHLIFEN 2, Av. Michlifen, Agdal - Rabat Tél : 0537 67 53 54 / 05 37 67 26 87</p>			