

## 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° W19-564306

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20672 Société : P.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAMRI Zoubida

Date de naissance : 22 Aout 1945 à Rabat

Adresse : 22 GRL Boulevard Appt 4 AGDAL

Résidence : 41 CASBAH - Rabat

Tél. : 0661223402 Total des frais engagés : 36130. - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Najid 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 : 101 104 794

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 / 06 / 2023

Nom et prénom du malade : MAMRI Zoubida Age :

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

Nature de la maladie : Liembago IDP Abdou

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 : 19 / 06 / 23

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
19/04/93		1	20000	INP : 102042561 Dr. N. Rabut Ex Médecin Chef de Service Oxygénothérapie Ex Médecin Chef de Service Hyperbare H.M.I.M. Rabut - INPE : 104 104 784

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MEDICALE INP 102042561	19/04/93	16130

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 date et l'heure indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les notes de frais en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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>D</td> <td>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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Najib EL OMA

Médecine générale

الدكتور نجيب العمري

الطب العام

- Médecin Colonel en retraite
- Ancien Médecin Chef de service
- Oxygénothérapie Hyperbare Hôpital Militaire d'Instruction Med V Rabat
- Ancien Médecin Chef de la Marine Royale

- طبيب شرف 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 : 19/06/2023

66,80 *PM MAMRI Zou BIDA*  
*2 Voltaren*  
*27,50 Spasfon 400s*  
*sept hebdomadaire*  
*en cas de douleur*  
*N° 100*  
*2 Doliprane 1000mg*  
*sept / 4 si douleur*

*RINAT Roll-on*



**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 App 2 - 4<sup>e</sup> étage Avenue Atlas - Agdal - Rabat

Tél : +212 537 77 61 67 / E\_mail : cabinetelomari1@gmail.com

 NOVARTIS

**Voltaire®**

**50 mg**

Diclofénac sodium

Antirhumatismal, anti-inflammatoire



30 comprimés  
enrobés  
à 50 mg

LOT: M22083  
EXP: AVR 2026  
PPV: 66,80 DH





# Doliprane<sup>®</sup>

Paracétamol

1000 mg

10 comprimés sécables

PPV: 14DH00  
PER: 02/26  
LOT: M653



Adulte

**DOULEURS & FIEVRE**

Tenir hors de la portée et de la vue  
des enfants  
يحفظ بعيداً عن متناول ونظر الأطفال  
AMM N° 451/14 DMP/21/NRQ

05,50  
27,50

