

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



Déclaration de Maladie

N° W19-567641

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 20618 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MARI ZOUBIDA
Date de naissance : 22/08/45
Adresse : 27 Ibn Baiboune App 4 Agdal
Tél. : 0661223402 Total des frais engagés : 453,20 Dhs

Cadre réservé au 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
Cachet du médecin :
Date de consultation : 30/09/2023
Nom et prénom du malade : MARI ZOUBIDA Age : 78 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Branche Arthrosé
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 : 30/09/2023
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
30/12/98	G	G	200,00	INF : 104706 Dr. Naima Chelbi Ex-Médecin Chef de Service Naissance Médecin Chef de Service Oxygène Naima Chelbi 104706

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE MICHLIFEN Av. Michlifen, Agdal - Rabat 0537 67 53 54 / 0537 67 26 87 INP 1020	30.09.23	253,20

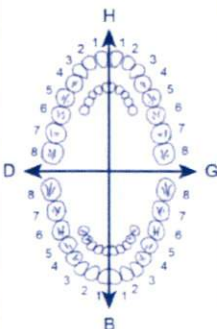
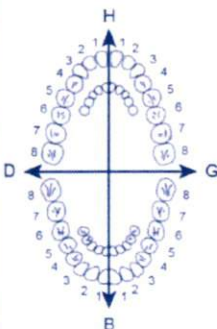
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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"> <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																	
	(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 : 30/03/2024

Mr MAMRI LOUBIDA

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

- 108,00 - APISMAX Sirop D
200mg x 31, x 81
- 27,80 - DAZEN
100mg x 3/1 x
- 37,40 - NEO PRED 20mg
Hydrocortisone 20mg x 31
- 60,00 - AZ 500mg
Amoxicillin 500mg x 31
- METANAZ
100mg x 31
- SERETID 250mg
Salmeterol 250mg x 31

LOT: GA20445
PER: 05/2024
PPV: 110 DH 00

Imm 49 App 2 - 1^{er} étage Avenue Atlas - Agdal - Rabat
Tél : +212 537 77 61 67 / E-mail : cabinetelomari1@gmail.com

Dr. Najib EL OMARI
Ex Médecin Colonel
Ex Médecin Chef du Service Oxygénothérapie
Hyperbare Hôpital Militaire d'Instruction Med V Rabat

INPE : 101 104 784

دازين 10000 وع سرايبتاز

08174



40 Comprimés enrobés gastro-résistants

Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI



Médicament autorisé N° :
45/21/NRQd/DMP/VHA/18

40 قرصا ملبسا
مقاوم لحموضة المعدة
عن طريق الفم



مختبرات ستنميدك
20 - 22 زقة زير بن العوام
الصخور السوداء - الدار البيضاء

PPV :
EXP :
Lot N° :

NEOPRED®

Prednisolone 20 mg

Indications - Contre-indications - Posologie -

Mode d'emploi : lire notice intérieure.

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - العقاقير -
كيفية الإستعمال : اقرأ البيان داخله

Reboucher soigneusement le flacon
après chaque prise.

AMM N° : 280/19DMP/21/NNP

NEOPRED®

Prednisolone 20 mg

20 comprimés
effervescent
sécables

PPV : 37,40 DH



6 118 000 19 19 19

Matin	Midi	Soir		Repas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durée				

NEOPRED®

Prednisolone 20 mg



20
comprimés
effervescent
sécables

Lot: L1155
Fab: 04/23 Per: 04/26

Voie orale

GALENICA

نيوبريد
بريدنيزولون 20 ملغ

20 قرصا فوارا
قابلا للكسر



Boîte de 3 comprimés
Voie Orale

Azithromycine
500 mg



Composition :

Azithromycine (DCI) 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés



PP.V. : 60,00 DH



مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

EXP

Lot

08 2024

DX78

6 ID:651275

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:218,00 DH



SECRETIDE
propionate de fluticasone/
salmétérol

250

250 µg/120 µg par dose
Salmeterol/Fluticasone