

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-567639

Cover

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : R 0678

Matricule : R 0678 Société : RAM 179775

Actif       Pensionné(e)       Autre

Nom & Prénom : MAMRI Zoubida

Date de naissance : 22/08/1945

Adresse : Rue 27 JABRI Boublane App# 4  
AGDAL - Rabat - Résidence ALKASBAT

Tél. : 0661223402 Total des frais engagés : 666,40 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 : 04/10/2023

Nom et prénom du malade : MAMRI Zoubida Age : 78ans

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Bronchite chronique persistante

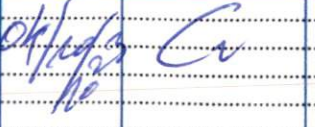

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :


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 : 04/10/2023

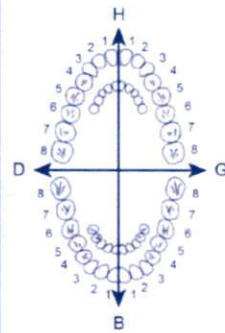
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
				 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/10/23	466940

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.																			
<b>Important :</b> 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	ENP : <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"/> <input type="checkbox"/>															
				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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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		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 : 04/10/2023

PHARMACIE DU 16 NOVEMBRE  
Dr. DAHMANE - S. Sina  
16 Av. du 16 Novembre - Hassan Agdal - Rabat  
Tél: 0537 67 61 24 - 0537 67 56 69  
INPE: 10200395

203,~

Mme MAMRI Zoubida

① BIOTIC 1g

2 sachet x 3/1 x 8j  
après repas

169,60

② SERFLUV

2 inhalations x 2/5 x 3j  
après 1/2 de nuit

27,30

③ DRILL toux expectorant

2 casupar x 3/1 x 5j SUP



comprimés pelliculés

desloratadine

voie orale

15 comprimés  
pelliculés



ديسلوراتادين

عن طريق الفم

15 أقراص  
ملبسة

LOT: 107-1  
PER: SEP 2024  
PPV: 51 DH 70

Titulaire de l'autorisation de mise  
sur le marché dans le pays d'origine :  
Merck Sharp & Dohme B.V.  
Waarderweg 39  
2031 BN Haarlem, Pays-Bas

Médicament soumis à prescription  
médicale. Excipient à effet notoire:  
Contient du Lactose.  
Pour plus d'information, voir la notice.

Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice



*le point*

AERIUS® 5 mg

15 comprimés pelliculés



6 118000 050117

Fabriqué et distribué par :

Les laboratoires PHARMACEUTICAL  
INSTITUTE BP 4491-12100, Ain El Aouda  
Maroc Maria SEDRATI  
Pharmacien Responsable.

AMM N° 392/19 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

AERIUS® 5 mg

ديسلوراتادين  
أقراص  
ملبسة

FATIGUE - CONVALESCENCE

# VITAMINE C 1000 mg

**GALENICA**

10

COMPRIMÉS  
EFFERESCENTS

Voie orale

ARÔME ORANGE

## Composition :

Acide ascorbique .....1000 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé effervescent.  
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.  
Boîte de 10 comprimés effervescents.

**AMM N° : 570/18DMP/21/NRQ**

Dr Maria MAFTOUH  
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيدا عن الحرارة والرطوبة.  
Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

**VITAMINE C 1g**

Boîte de 10 comprimés effervescents



P.P.V. : 14,80 DH



6 118000 190929

**VITAMINE C 1000 mg**

**GALENICA**

10<sup>e</sup> Comprimés effervescents

Lot N°/Date Per. :



# سير فلو

سالميٽيروول / فلوٽيڪازون

## SERFLUX

Salmétérol / Fluticasone  
25µg/250µg / Dose

Batch: 210000430  
Mfg: 10/2022  
Exp: 09/2024



SERFLUX 25µg/250µg  
PPV :169,60 DH



**Composition :** par sachet par boîte  
Amoxicilline.....1 g .....24,00 g  
(sous forme de trihydrate)

Acide clavulanique.....125 mg.....3,20 g  
(sous forme de clavulanate de potassium)

Excipients q.s.p.....1 sachet

Excipients à effet notoire : lactose,  
sels de sodium et de potassium.

Indications - Contre-indications - Posologie -  
Mode d'emploi : lire notice intérieure.

AMM N° : 177/16 DMP/21/NRQ



مختبرات كَالِينِيكا - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

Dr. Maria MAFTOUH  
Pharmacien Responsable

Liste 1 - Uniquement sur ordonnance

احترسوا الجرعات المحددة  
Respecter les doses prescrites

Voie orale

**BIOTIC® PLUS** ○  
Amoxicilline + Acide clavulanique 1 g / 125 mg

Poudre pour suspension buvable en sachet

Boîte de 24 sachets - P.P.V. : 203,00 DH



6 118000 191100



PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

27,30

Drill®

Expectorant

ADULTES