

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 canalaires, 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 canalaires.

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

M23-006485

156632

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1786 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BAHLOURI Khadija
 Date de naissance : 14/10/1953
 Adresse : 4 Rue Mohamed El HAYANI France Ville 2 Casablanca
 Tél. : 0662014292 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Docteur Otman TAZI
 Endocrinologie - Diabétologie
 Nutrition
 293 Bd. Abdelmoumen, Imc Merjane
 2ème Etage App. N°4 Casablanca
 Tél. 05 22 20 45 45
 Date de consultation : 23/10/2023
 Nom et prénom du malade : M. BAHLOURI Khadija Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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.

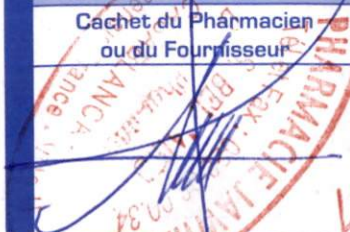
Fait à : CASAB : Le : 06/04/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 Règlement des Actes
23/03/2023			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/03/2023	5603,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

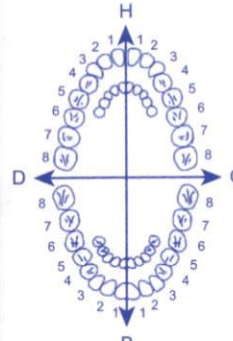
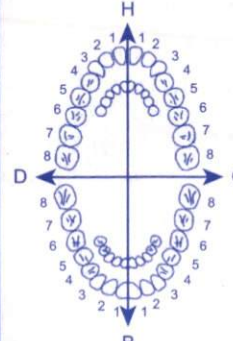
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service
d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycemique

Casablanca le, 23/03/2023

Mme BAHLOURI Khadija

JARDIANCE 10 mg
1 comprimé le matin

NovoRapid Flexpen
12 ui - 16 ui - 12 ui

Trésiba FlexTouch
32 ui le soir

Bandelettes
3 contrôles par jour

Aiguilles 6 mm
1 boîte

GLUCOPHAGE 500 MG
1 comprimé, matin, midi et soir au milieu ou après repas

Canesten Extra
1 application, matin et soir

Traitement pour 03 mois

20,80

20,80

Fabriqué par



COOPER
PHARMA

41, rue Mohamed Diouri 20 110 – Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina Daoudi
Sous licence de Merck Santé S.A.S. – France
N° d'AMM : 141DMP/21/NRQ

مصنوع من طرف كوبر فارما

41 زنقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء
الصيدلي المسؤول : أمينة داودي
بترخيص من ميرك سانتيه ش.أ.م. – فرنسا

41, rue Mohamed Diouri 20 110 – Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina Daoudi
Sous licence de Merck Santé S.A.S. – France
N° d'AMM : 141DMP/21/NRQ

مصنوع من طرف كوبر فارما

41 زنقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء
الصيدلي المسؤول : أمينة داودي
بترخيص من ميرك سانتيه ش.أ.م. – فرنسا

MERCK

MERCK

غلوكوفاج
قرص مغلف
500
مع
كلورهيديرات الميتفورمين
عن طريق الفم
50 قرص مغلف

وكوفاج
قرص مغلف
500
مع
رهيديرات الميتفورمين
عن طريق الفم
50 قرص مغلف

Canesten®

Bifonazole

Crème

Antifongique à large spectre d'action



Canesten®

Bifonazole

Crème

Antifongique à large spectre d'action

Usage externe



Extra



Extra



15g

LOT :

64100

PER :

PPV :

64100

Canesten®

Bifonazole

Crème

Antifongique à large spectre d'action



Canesten®

Bifonazole

Crème

Antifongique à large spectre d'action

Usage externe



Extra



Extra



15g

LOT :

64100

PER :

PPV :

64100

REMBOURSE
par la
MUTUELLE

On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

25

Français

Bandelettes pour test de glycémie

Pour l'analyse de glucose dans le sang total à l'aide de la famille de Glycomètres On Call® Extra.

A usage individuel et professionnel.

Uniquement pour usage en dehors du corps.

Contenu:

- 25 Bandelettes
- Mode d'Emploi

Русский

Test-полоски

Для измерения уровня содержания глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров семейства On Call® Extra.

Для самодиагностики и профессионального использования.

Только для использования вне тела.

Упаковка содержит:

- 25 Test-полоски
- Инструкцию-вкладыш

يحتل باستخدام مضمونة
سائر الدم
الاستخدام المهني



• نشرة العرمة

REMBOURSE
par la
MUTUELLE

On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

25

pour test de glycémie

de glucose dans le sang total à

l'aide de la famille de Glycomètres On Call® Extra.

Usage individuel et professionnel.

Uniquement pour usage en dehors du corps.

Contenu:

• 25

Mode d'Emploi

и

измерения уровня содержания глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров семейства On Call® Extra.

Для самодиагностики и профессионального

использования.

Только для использования вне тела.

Упаковка содержит:

- 25 Test-полоски
- Инструкцию-вкладыш

يحتل باستخدام مضمونة
سائر الدم
الاستخدام المهني



العربية
أشرطة الفحص
مضمونة

REMBOURSE
par la
MUTUELLE

On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

25

Français

Bandelettes pour test de glycémie

Pour l'analyse de glucose dans le sang total à l'aide de la famille de Glycomètres On Call® Extra.

A usage individuel et professionnel.

Uniquement pour usage en dehors du corps.

Contenu:

- 25 Bandelettes
- Mode d'Emploi

Русский

Тест-полоски

Для измерения уровня содержания глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров семейства On Call® Extra.

Для самодиагностики и профессионального использования.

Только для использования вне тела.

Упаковка содержит:

- 25 Тест-полоски
- Инструкцию-вкладыш

العربية

لإستخدام مجموعة

سكر الدم

الاستخدام الطبي



REMBOURSE
par la
MUTUELLE

On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

25

Français

Bandelettes pour test de glycémie

Pour l'analyse de glucose dans le sang total à l'aide de la famille de Glycomètres On Call® Extra.

A usage individuel et professionnel.

Uniquement pour usage en dehors du corps.

Contenu:

- 25 Bandelettes
- Mode d'Emploi

Русский

Тест-полоски

Для измерения уровня содержания глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров семейства On Call® Extra.

Для самодиагностики и профессионального использования.

Только для использования вне тела.

Упаковка содержит:

- 25 Тест-полоски
- Инструкцию-вкладыш

العربية

لدى استخدام مجموعة

بسر الدم

الاستخدام الطبي



VeriFine®

PEN NEEDLES



New **SuperStick**
technology for
pain-free injection



31 Gx6mm



10 mg

Jardiance®

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine

Excipients : qsp1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution particulière de conservation

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation locale en vigueur.

Liste I – Médicament soumis à prescription médicale

يحتوي كل قرص على 10 ملغ من الأمباغليفلوزين

أسوغة : كمية كافية لقرص واحد

سواغ ذو تأثير معلوم : مونوهيدرات اللاكتوز

اقرأ النشرة قبل الإستعمال

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شروطا خاصة للحفظ

يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نفاية ناجمة عنه

وفق القوانين المعمول بها محليا

القائمة رقم I — دواء خاضع لوصفة طبية



6

118001041077

Jardiance 10 mg

(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A

313839-02

PPV : 479 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

10 mg

Jardiance®

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine

Excipients : qsp1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution particulière de conservation

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation locale en vigueur.

Liste I – Médicament soumis à prescription médicale

يحتوي كل قرص على 10 ملغ من الأمباغليفلوزين

أسوغة : كمية كافية لقرص واحد

سواغ ذو تأثير معلوم : مونوهيدرات اللاكتوز

اقرأ النشرة قبل الإستعمال

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شروطا خاصة للحفظ

يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نفاية ناجمة عنه

وفق القوانين المعمول بها محليا

القائمة رقم I — دواء خاضع لوصفة طبية



6 118001 041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A

313839-02

BOTTU SA

PPV: 479 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

10 mg**Jardiance®**

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine

Excipients : qsp1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution particulière de conservation

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation locale en vigueur.

Liste I - Médicament soumis à prescription médicale

يحتوي كل قرص على 10 ملغ من الأمباغليفلوزين

أسوغة : كمية كافية لقرص واحد

سواغ ذو تأثير معلوم : مونوهيدرات اللاكتوز

اقرأ النشرة قبل الإستعمال

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شروطا خاصة للحفظ

يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نفاية ناجمة عنه

وفق القوانين المعمول بها محليا

القائمة رقم I — دواء خاضع لوصفة طبية



6 118001 041077

Jardiance 10 mg

(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A

313839-02

PPV : 479 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

نوفورابيد® فليكسبين®

100 وحدة/ ملل

محلول للحقن في قلم معبأ مسبقاً

أنسولين أسبرت

للحقن تحت الجلد و للحقن الوريدي

مصمم خصيصاً للاستعمال مع ابر نوفوفين® أو نوفونويست® للاستعمال

الوحيد، وذات أقصى طول 8 مم

لا تحتوي العبوة على الإبر

1 ملل من المحلول يحتوي على 100 وحدة (3.5 ملغ) من أنسولين أسبرت،
غليسيرول، فينول، ميتاكريسول، كلوريد الزنك، ديهيدرات فوسفات الديسوديوم،
كلوريد الصوديوم، حمض الكلوريدريك/هيدروكسيد الصوديوم (لتعديل pH) و ماء
لتحضير الحقنات

Respecter les doses prescrites

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur
ordonnance/Liste II

بصرف فقط بموجب وصفة
طبية/لائحة II

مستورد وموزع من طرف لابروفان

21 زنقة الأوداية

20300 الدار البيضاء

© 2018

نوفونورديسك ش / م

نوفوالي

DK-2880 باوسفيرد ، الدنمارك



novo nordisk®

0

NovoRapid® FlexPen®

100 U/ml

Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3 ml

ppv : 571,00 DHS



6 118001 121304

8-9670-73-270-2

100

و/مل

مل 3x5

تريسيبيا®

فلكس تاتش®

محلول للحقن في قلم معبأ مسبقاً

إنسولين ديجلوندك

تحت الجلد

مصمم للإستعمال مع إبر نوفوفين® أو نوفوتويست® للإستعمال الوحيد، وذات أقصى طول 8 ملم. لا تحتوي العبوة على الإبر

يجب حفظ الدواء بعيداً عن رؤية ومتناول الأطفال

يرجى قراءة هذه النشرة قبل استخدام هذا الدواء

للإستخدام من قبل شخص واحد فقط

لا تسحب المحلول من القلم

يستخدم فقط إذا كان المحلول صافياً و عديم اللون

قم بتخزين الدواء في الثلاجة (م 2° إلى م 8°). يجب عدم تجميده.

بعد الفتح لأول مرة : يجب حفظه في درجة حرارة لا تتجاوز 30 °.

يمكن الاحتفاظ به في الثلاجة (م 2° إلى م 8°) يحفظ بعد أول فتح لمدة 8 أسابيع.

يحفظ الغطاء الواقى على القلم لحمايته من الضوء

يجب رمي الإبرة بعد كل إستعمال .

يحتوي كل قلم مسبق التعبئة على 300 وحدة ،
3 مل من المحلول .
كل 1 مل من المحلول يحتوي على 100 وحدة من
3,66 مل ،
غليسرين ، ميثانول ، بيروكسيد هيدروجين ،
الصوديوم (تعديل الرقم الهيدروجيني) وماء للحقن.

Respecter les doses prescrites

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance / Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية/لائحة II

نوفو نورديسك ش/م

نوفو ألي

دك-2880 باوسفيرد

الدنمارك

© 2019

مستورد و موزع من طرف لابروفان

21 زنفة الأدوية

20300 الدار البيضاء



novo nordisk®



100

و/مل

3x5 مل

تريسيبيا® فلكس تاتش®

محلول للحقن في قلم معبأ مسبقاً

إنسولين ديجلوكيك

تحت الجلد

مصمم للإستعمال مع إبر نوفوفين® أو نوفوتويست® للإستعمال الوحيد، وذات أقصى طول 8 ملم. لا تحتوي العبوة على الإبر

يجب حفظ الدواء بعيداً عن رؤية ومنتجات الأطفال

يرجى قراءة هذه النشرة قبل استخدام هذا الدواء

للإستخدام من قبل شخص واحد فقط

لا تسحب المحلول من القلم

يستخدم فقط إذا كان المحلول صافياً و عديم اللون

قم بتخزين الدواء في الثلاجة (م 2° إلى م 8°). يجب عدم تجميده.

بعد الفتح لأول مرة : يجب حفظه في درجة حرارة لا تتجاوز 30 °.

يمكن الاحتفاظ به في الثلاجة (م 2° إلى م 8°) يحفظ بعد أول فتح لمدة 8 أسابيع.

يحفظ الغطاء الوافي على القلم لحمايته من الضوء

يجب رمي الإبرة بعد كل إستعمال .

يحتوي كل قلم مسبق التعبئة على 300 وحدة ،
3 مل من المحلول
كل 1 مل من المحلول يحتوي على 100 وحدة مر
3,66 مل،
غالبسورال، ميتاكليرال، فينول، خلاط زئبق، حمض
الصوديوم (لتعديل الرقم الهيدروجيني) وماء للحقن.

Respecter les doses prescrites

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance / Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية/لائحة II

نوفو نورديسك ش/م

نوفو ألي

دك- 2880 باوسفيرد

الدنمارك

© 2019

مستورد و موزع من طرف لابروفان

21 زنفة الأودية

20300 الدار البيضاء



novo nordisk®