

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-813565

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01690 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL EDDINE  
 Date de naissance : 07.08.1944  
 Adresse : Secteur 8, Résidence Joulhanar Imm 3 APE 3  
 AVE ADDOLAH, MAH RYAD, RABAT  
 Tél. : 0664171744 Total des frais engagés : 1910,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. MAAROUFI JAMAL EDDINE Age : 79 Ans

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

Nature de la maladie : DM2

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 : 31/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] 10 NOV. 2023

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-813565

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01690  
 Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI JAMAL  
 Total des frais engagés : 1910,00 Dhs  
 Date de dépôt : 31.10.2023



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
10/10/23	G1	A52	3000/H	INF : <u>Dr. Jamila RHANDI</u> Diabétologue, Endocrinologue Nutritionniste 71, Rue Tachine, Av. Atlas, AP Adal - Rabat

**Dr. Jamila RHANDI**  
Diabétologue, Endocrinologue,  
Nutritionniste  
77, Rue Kaddour, Av. Atlas, Appt. 2  
Agdal - Rabat  
Tel : 0537 67 57 62 / 0537 68 20 29  
INP : 101120020

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SAFIYA</b> Dr. Sanaa EL GHARB Ep. KADIRI Av. Annakhil, Hay Riyad - Rabat Tél.: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28	16/10/23	1610,00

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

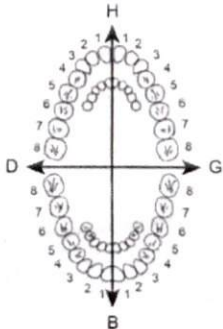
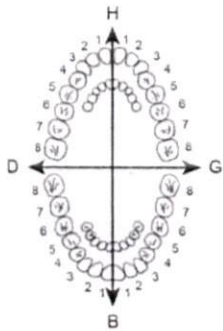
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Jamila RHANDI

Diplômée de la Faculté de médecine de Montpellier - France  
Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie  
Maladies métaboliques et Nutrition  
Cryolipolyse et Lipolaser

الدكتورة جميلة غندي  
خريجة كلية الطب بمنبولى - فرنسا  
اختصاصية في أمراض الغدد والسكري  
والسمنة والكولسترول والتغذية

## ORDONNANCE

Rabat, le 10/10/2023

M. TAAROFI Jamal Edeline

28.00 x 3

- Glucophage 1000 : 1 boîtier  
au dîner.

49.00 x 3

- Jandiane 10 : 1/2

89.00

- Diamium 30 : 1/2 à jeun.

Ut de 3 mis

T: 1610.00

Dr. Jamila RHANDI  
Diabétologue, Endocrinologue,  
Nutritionniste  
77, Rue Tansift - Agdal - Rabat  
Tél : 0537 67 57 62 - 0537 68 20 29  
Appt n°2 - Agdal - Rabat  
E-mail : cabinet.rhandi@yahoo.fr

7, زقة تانسيفت (شارع الأطلس) رقم 2 - أكدال - الرباط - هاتف العيادة : 05 37 67 57 62 - 05 37 68 20 29

77, rue Tansift (Avenue Atlas) - Appt n°2 - Agdal - Rabat - Tél. Cabinet : 05 37 68 20 29 - 05 37 67 57 62

E-mail : cabinet.rhandi@yahoo.fr

Lot n°  
الحصة

Exp  
انتهاء الصلاحية

203939

04 2025

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine  
Excipients : qsp ....1 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 للحفاظ  
بتم 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

PPV : 479 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Jardiance® 10 mg  
Comprimés pelliculés  
Empagliflozine  
30 x 1 - Comprimés pelliculés

Jardiance® جارديانس®

10 mg

10 ملغ

Comprimés  
pelliculés

أقراص مغلفة

Empagliflozine

أمباغليفلوزين

Voie orale

عن طريق الفم

30 x 1

1 x 30

Comprimés pelliculés

قرص مغلف

Médicament autorisé n°

دواء مرخص رقم

111/20DMP/21/NM]



Boehringer  
Ingelheim



Lot n°  
الحصة

Exp  
انتهاء الصلاحية

203939

04 2025

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine  
Excipients : qsp ....1 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 للحفاظ  
بتم 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

PPV : 479 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Jardiance® 10 mg  
Comprimés pelliculés  
Empagliflozine  
30 x 1 - Comprimés pelliculés

Jardiance® جارديانس®

10 ملغ 10 mg

Comprimés  
pelliculés

Empagliflozine

أقراص مغلفة

أمباغليفلوزين

Voie orale

عن طريق الفم

30 x 1

1 x 30

Comprimés pelliculés

قرص مغلف

Médicament autorisé n°

دواء مرخص رقم

111/20DMP/21/NM]



Boehringer  
Ingelheim

Lot n°  
الحصة

Exp  
انتهاء الصلاحية

203939

04 2025

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine  
Excipients : qsp ....1 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 للحفاظ  
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 04 1077

Jardiance 10 mg

(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A

PPV : 479 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Jardiance® 10 mg  
Comprimés pelliculés  
Empagliflozine  
30 x 1 - Comprimés pelliculés

Jardiance® جارديانس®

10 ملغ 10 mg

Comprimés  
pelliculés

Empagliflozine

أقراص مغلفة

أمباغليفلوزين

Voie orale

عن طريق الفم

30 x 1

1 x 30

Comprimés pelliculés

قرص مغلف

Médicament autorisé n°

دواء مرخص رقم

111/20DMP/21/NM]



Boehringer  
Ingelheim

60 comprimés

SERVIER  
Découverte de la Recherche Servier

# DIAMICRON 30 mg

Gliclazide  
Comprimé à Libération Modifiée

## Composition

Gliclazide : 30 mg

Excipients : q.s.p. 1 comprimé

## Voie orale

A conserver dans le conditionnement d'origine.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS

## التركيب

كلية كلوريد : 30 ملغ

السواغ : الكمية الكافية لحبة واحدة.



يؤخذ عن طريق الفم

يحفظ الدواء في عبوته الخارجية الأصلية.  
اقرأ بدقة النشرة الداخلية قبل الاستعمال.

يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال وعن نظهرهم

00168

03900168

DIAMICRON 30 mg

Gliclazide

60 Comprimés à Libération Modifiée

احترموا القادير الدوية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة 1 : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية  
LISTE I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

DIAMICRON 30 mg

Gliclazide

60 comprimés à libération modifiée



6

178000 100089

**Glucophage®** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine



28,00 GED



Glucophage® 1000mg  
30 Comprimés pelliculés

30 Comprimés pelliculés



**MERCK**



**Glucophage®** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine



Glucophage® 1000mg  
30 Comprimés pelliculés

30 Comprimés pelliculés



**MERCK**

28.00 GED

**Glucophage®** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine



28,00 GED



Glucophage® 1000mg  
30 Comprimés pelliculés

30 Comprimés pelliculés



**MERCK**