

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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



## 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 :

SECRETAGE, RESIDENCE JOURNANAR, JUNG, APP 3  
AV. ALLAOUA, MAY RYAD, RABAT.

Tél. :

0664171744 Total des frais engagés : 1910, 00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MAAROUFI JAMAL EDDINE  
Nutritionniste  
Transitif, Av. Atlas, Appt 2  
Tél. : 0537 67 57 62 / 0537 68 20 29  
NP : 101120020

Date de consultation :

M- 01/10/2023 Age: 79 Ans

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DNIS

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 : 01/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

10 NOV. 2023

### VOLET ADHÉRENT

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

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et Fonction	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE SAIFIYA</b> Dr. Sanaa EL GHARBI <u>Ep. KADIRI</u> Av. Annakhil, Hay Riyad - Rabat Tél.: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28	16.10.123	16.10.00
		INPE : 10205162

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

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

## **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	<input type="text"/> DATE DU DEVIS
	G			<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
	B			
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		

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 بمونبليي - فرنسا

ختصاصية في أمراض العدد والسكري

والسنة والكوليستروл والتغذية

## ORDONNANCE

Rabat, le 10/10/2023

H- NAAROOFI Jamal Edoline

28.00 x 3  
- Glucophage 1000 : 1玻尿  
au dîner.

49.00 x 3  
- Iardiance 10 : 1/j

89.00  
- Diamium 30 : 1/2 a jeûn.

Ut ob 3 mis

Dr. Jamila RHANDI  
Diabétologue, Endocrinologue,  
Nutritionniste  
77, Rue Tansift, AV. Atlas, APP.  
T61 - 7537 67 57 62 - 05 37 68 20 29 - 05 37 67 57 62

زنقة تانسيفت (شارع الأطلس) رقم 2 - أكدال - الرباط - هاتف العيادة : 05 37 67 57 62 - 05 37 68 20 29 - 05 37 67 57 62  
77, rue Tansift (Avenue Atlas) - App n°2 - Agdal - Rabat - Tel. Cabinet : 05 37 68 20 29 - 05 37 67 57 62

E-mail : cabinet.rhandi@yahoo.fr

Dr. Smaïne EL GHARBI  
EP. KADIRI, HAY RYD - Rabat  
AN. AÏMMAÏNI, HAY RYD - Rabat  
tel: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28

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 ملг من الأمباجليفلوزين  
أسماء: كميةكافية لقرص واحد  
موازن ذو تأثير معلوم، مونوبيراتاللاكتوز  
أقرأ النشرة قبل الاستعمال  
يلاحظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال  
لا ينصح هذا الدواء شروطا خاصة للحفظ  
يتخلص من كل منتج غير مستعمل أو فتاية ناجمة عنه  
وفقاً لقوانين المعمول بها حليا  
القائمة رقم 1 — دواء خاضع لوصفة طبية

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



PPV : 479 DH 00

جارديانس® 10 ملغ

10 mg 10 ملغ

أقراص مغلفة  
Comprimés pelliculés

أمباجليفلوزين  
Empagliflozine

عن طريق الفم  
Voie orale

30 x 1  
Comprimés pelliculés  
1 x 30  
أقراص مغلفة

Médicament autorisé n°  
دواء مرخص رقم  
111/20DMP/21/NM]



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات الموصوفة

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 ملг من الأمباجليفلوزين  
أسماء: كميةكافية لقرص واحد  
موازن ذو تأثير معلوم، مونوبيراتاللاكتوز  
أقرأ النشرة قبل الاستعمال  
يلاحظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال  
لا ينصح هذا الدواء شروطا خاصة للحفظ  
يتخلص من كل منتج غير مستعمل أو فتاية ناجمة عنه  
وفقاً لقوانين المعمول بها حليا  
القائمة رقم 1 — دواء خاضع لوصفة طبية

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



PPV : 479 DH 00

جارديانس® 10 ملغ

10 mg 10 ملغ

أقراص مغلفة  
Comprimés pelliculés

أمباجليفلوزين  
Empagliflozine

عن طريق الفم  
Voie orale

30 x 1  
Comprimés pelliculés  
1 x 30  
أقراص مغلفة

Médicament autorisé n°  
دواء مرخص رقم  
111/20DMP/21/NM]

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات الموصوفة

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 ملг من الأمباجليفلوزين  
أسماء: كميةكافية لقرص واحد  
موازن ذو تأثير معلوم، مونوبيراتاللاكتوز  
أقرأ النشرة قبل الاستعمال  
يلاحظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال  
لا ينصح هذا الدواء شروطا خاصة للحفظ  
يتخلص من كل منتج غير مستعمل أو فتاية ناجمة عنه  
وفقاً لقوانين المعمول بها حليا  
القائمة رقم 1 — دواء خاضع لوصفة طبية

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



PPV : 479 DH 00

جارديانس® 10 ملغ

10 mg 10 ملغ

أقراص مغلفة  
Comprimés pelliculés

أمباجليفلوزين  
Empagliflozine

عن طريق الفم  
Voie orale

30 x 1  
Comprimés pelliculés  
1 x 30  
أقراص مغلفة

Médicament autorisé n°  
دواء مرخص رقم  
111/20DMP/21/NM]

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات الموصوفة

Boehringer  
Ingelheim



SERVIER Découverte de la Recherche Servier

60 Comprimés

Comprimé à Libération Modifiée

**DIAMICRON 30 mg**

Gliclazide

**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

كليكلازيد : 30 ملг

السوانع : الكحيمية الكافية لحية واحدة.



يُنْهَى عَن طَرِيقِ الْفَمِ

يُنْهَى عَن طَرِيقِ الْفَمِ

يُنْهَى عَن طَرِيقِ الْفَمِ

يُنْهَى عَن طَرِيقِ الْفَمِ

**DIAMICRON 30 mg**

Gliclazide  
60 Comprimés à Libération Modifiée

احْسِنْ مِنْ اِلْقَادِمِ السُّبْعِيَّةِ  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

قائمة : 1 لا يُوصَفُ إلا بمِوْهِبَةِ وصَفَةِ طَبِيعَةِ  
LISTE I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



SERVIER

Les Laboratoires Servier - France

**SERVIER MAROC**

Inn. ZEVACO, lot FATH 4

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

**DIAMICRON 30 mg**

Gliclazide

60 comprimés à libération modifiée



6118000100089

# **Glucophage®** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine



6 118000 081333

30 Comprimés pelliculés  
Glucophage® 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



28,00 GED

MERCK

# **Glucophage®** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine



6 118000 081333

30 Comprimés pelliculés  
Glucophage® 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



28,00 GED

MERCK

# **Glucophage®** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine



6 118000 081333

30 Comprimés pelliculés  
Glucophage® 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



28,00 GED

MERCK