

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.

Diagnostique 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

0 Réclamation : contact@mupras.com
0 Prise en charge : pec@mupras.com
0 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

N° P19- 059119

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5114 Société : PD 36 583

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IMANI Jalal

Date de naissance : 15-02-89

Adresse : 3 rue Taha Houari

Tél. : 0228 098602 Total des frais engagés : 830,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 12/09/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

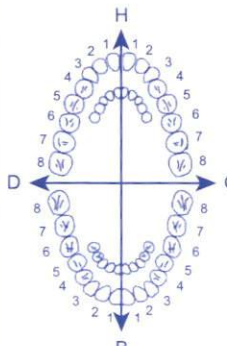
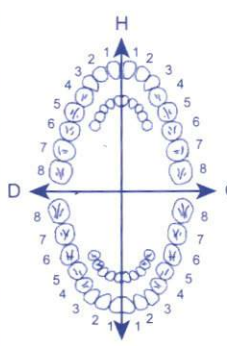
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			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"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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
- 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 Angles Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H. Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.n.upras.com



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

N° P19-0030221

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5114 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IMANI JALAL

Date de naissance : 15/07/1959

Adresse : 3 Rue Fala Houcine - Sae

Tél. : 06 29 09 86 00 Total des frais engagés : 830

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/04/2020

Nom et prénom du malade : Imani Jalal Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Autre :

Nature de la maladie : → HTA @ diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 12

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 12/09/2020

Docteur Faouzia DAOUDI

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine de Marseille

MÉDECINE GÉNÉRALE
PSYCHOTHÉRAPIE (SUR RDV)
SEXOLOGIE - ADDICTOLOGIE
DIABÉTOLOGIE
DIÉTÉTIQUE
HOMÉOPATHIE
MEDECINE DU TRAVAIL
MALADIES TROPICALES
ECHOGRAPHIE CLINIQUE



الدكتورة فوزية الداودي

خريجة كلية الطب بمرسيليا

الطب العام
الطب النفسي (بالموعد)
الطب الجنسي - الإدمان
داء السكري
الحمية والتغذية
الطب الطبيعي
طب الشغل
أمراض المناطق المدارية
الفحص بالصدى

Casablanca, le 03/04/2020

IMANI JALAL

- Triatec 5 mg - comprimé
1 Comprimé, matin, pendant , 3 mois
- Kardegic 75 mg - poudre en sachet
1 sachet par jour3 mois
- Glucophage 850 mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé matin , midi et soir, pendant 3 mois
- Diamicron 60mg - comprimé
2 Comprimés matin3 mois

3 x 122,10

3 x 30,70

3 x 45,20

3 x 78,70

T = 830,10

صيدلية الروداني
PHARMACIE ROUDANI
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

DOCTEUR FAOUZIA DAOUDI
Résidence Almi B - 2 Bis
Rue Abdallah Nafli Maârif
Casablanca - Tél: 0522 98 76 71
Gsm: 06 61 41 92 71



30 Comprimés
TRIATEC® 5mg



A conserver à une température
inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / جدول أ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم القادير الطبية

Ramipril

TRIATEC® 5mg

61221



30 Comprimés
TRIATEC® 5mg



A conserver à une température
inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / جدول أ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم القادير الطبية

Ramipril

TRIATEC® 5mg

61221

04.187

DIAMICRON® 60 mg

Gliclazide

60 comprimés sécables à libération Modifiée



احترموا التعليمات
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بحسب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc



SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés



04.187

DIAMICRON® 60 mg

Gliclazide

60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترموا التعليمات
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بحسب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc



SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés



04.187

DIAMICRON® 60 mg

Gliclazide

60 comprimés sécables à libération Modifiée



احترموا التعليمات
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بحسب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc



SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés




Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale

60 Comprimés pelliculés 

 Merck Serono


LOT 200253
EXP 02/2025
PPV 45.20DH

Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale

60 Comprimés pelliculés 

LOT 200253
EXP 02/2025
PPV 45.20DH



Merck Serono

Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale

60 Comprimés pelliculés

Merck Serono

LOT 200253
EXP 02/2025
PPV 45.20DH