

COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR R LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

générales :

Le réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
Le 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, actions 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.

Biologie 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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 058504

85001

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01293 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FARAS Mohamed

Date de naissance : 01-01-1946

Adresse : par la main Bloc M° 308 M2 AS

H.M. CASM

Tél. 0645537592 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : R. B. Aïda Age :

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

Nature de la maladie : Diabétique

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 : Le : 25/01/2021

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

25/07/21

1314,15

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
A M P C I M I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

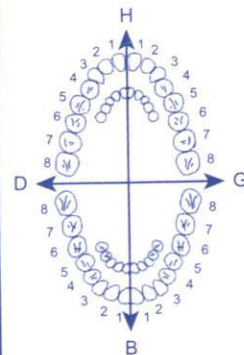
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

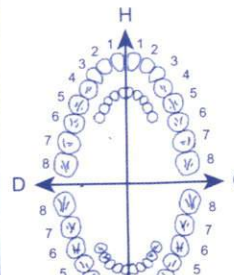
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS



Dr. Nadia IBNOU SOUFYANE

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie

Nutrition et Maladies Métaboliques

(Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité)

Maladies des glandes Endocrines - Troubles Hormonaux

Troubles de la Croissance et de la Puberté - Nutrition

Diplômée de la Faculté de Médecine et

de Pharmacie de Casablanca

DIU Echographie Cervicale (Goitre)

Paris Descartes

الدكتورة نادية ابن سفيان

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري

التغذية وأمراض الأيض

(داء السكري - الغدة الدرقية - السمنة - الكولسترول)

أمراض الغدد الصماء - الاضطرابات الهرمونية

إضطرابات النمو والبلوغ - التغذية

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم أخصائي للتحصن بالتغذية على

مستوى العنق (الغدة الدرقية)

باريس ديكارت



FARAS

Casablanca

14740

15815

202 AT 10 y

7/5

787x3

202 AT 10 y

7/5

202 AT 10 y

437p-x

7/5

2000g

17x21

56,6

202 AT 10 y

7/5

1314,10

17x21

Dr. IBNOU SOUFYANE Nadia
Endocrinologie - Diabétologie
Maladies Métaboliques
Mouhamed Hay Mohammadi
Casablanca - Tél: 05 22 35 35 71

PHARMACIE FARADIS
Dr. Nadia Ibnou Soufyane
0522 35 35 71

زنتة 7: إقامة مولاي إدريس 1 الطابق السفلي BO الحزام الكبير الموحدين الحي المحمدي 20570 الدار البيضاء

Rue 7 Résidence My Idriss 1 RDC BO Almouahidine grande ceinture Hay Mohammadi - Casablanca

Tél : 05 22 35 35 71 - E-mail : n.ibnousoufyane@gmail.com

78, 70

AMICRON® 60 mg
 60 Comprimés sécables à Libération Modifiée
 azide



احترموا التعليمات
 RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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



DIAMICRON® 60 mg

Gliclazide

60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة I: لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

DIAMICRON® 60 mg

Gliclazide

60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة I: لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

Parallèle de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerktouni
Casablanca - Maroc

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.





comprimés pelliculés

sitagliptine/chlorhydrate de metformine

56 comprimés pelliculés

Voie orale

PC: 03400938678116

SN: 174536969367

EXP: 04 2021

Lot: S037081



Respecter les doses prescrites
احفظوا الجرعة الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يُصرف فقط على وصفة طبية – قائمة 1
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme

166, 168 Bd Zerktouni

Casablanca- Maroc



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

70027234/0101414-1

Respecter les doses prescrites
احفظوا الجرعة الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يُصرف فقط على وصفة طبية – قائمة 1
Liste I – Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme

166, 168 Bd Zerktouni

Casablanca- Maroc



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

70027234/0101414-1