

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-694758

106875

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

POINTS IMPORTANTS 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.

Educations :

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.

Prothèses :

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.

Le suivi radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie chronique 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043355

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1736 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KOTNI Ahmed

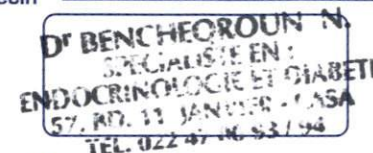
Date de naissance : 01-01-1952

Adresse : LOT DAHA Rue 1 N°36 Q.I BERNOUSEI
CASABLANCA

Tél. : 0672450702 Total des frais engagés : 1952,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/12/2024

Nom et prénom du malade : KOTNI Ahmed Age : 72

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : Casa

Le : 07/12/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com

En charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

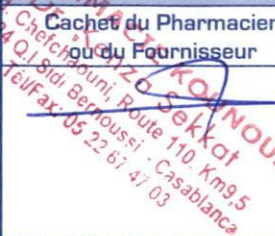
Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

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
09/12/2024	C2		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/12/2022	1652,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

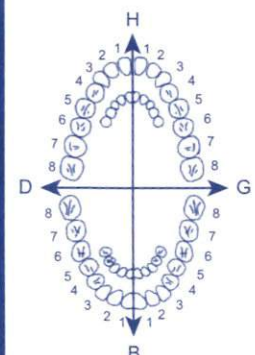
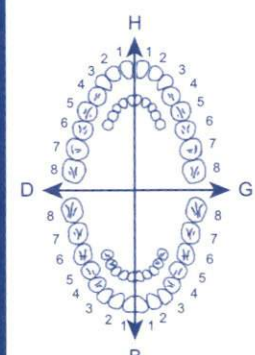
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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
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 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

DR. BENCHEQROUN Nadia

Spécialiste en Endocrinologie
et diabète - Obésité - Nutrition

Goitre - Hormones - Cholesterol

الدكتورة نادية بنشقرون

إختصاصية في أمراض الغدد

دواء السكري - السمنة - التغذية

الاضطرابات الهرمونية - الكولسترول

Casablanca, le :

09/12/2020

Katmi M. S. S. S.

Z. S. S.

244,00

PHARMACIE KOUNOUZ
Dr. Kenza Sekkat
Bd. Chefchaoueni, Route 110. Km9,5
N° 424 Q.1 Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 67 47 03

PHARMACIE KOUNOUZ
Dr. Kenza Sekkat
Bd. Chefchaoueni, Route 110. Km9,5
N° 424 Q.1 Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 67 47 03

2A,70

1652,70

PHARMACIE KOUNOUZ
Dr. Kenza Sekkat
Bd. Chefchaoueni, Route 110. Km9,5
N° 424 Q.1 Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 67 47 03

Cardosapine 100 mg/200mg
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



DR BENCHEQROUN N.
ENDOCRINOLOGIE - DIABÈTE
57, Bd. 11 Janvier 2^{ème} étage - (En Face Attijari wafa bank) - Casablanca - Tél : 0522 . 47 . 00 . 93

57, Bd. 11 Janvier 2^{ème} étage - (En Face Attijari wafa bank) - Casablanca - Tél : 0522 . 47 . 00 . 93

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH 


Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH 

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH 

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH 

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH 

NOTICE: INFORMATION DE L'UTILISATEUR
UMULINE® NPH KWIKPEN™ 100 UI/mL,
 suspension injectable
UMULINE® PROFIL 30 KWIKPEN™ 100 UI/mL,
 suspension injectable
Insuline humaine

notice avant d'utiliser ce

LOT D3566900.7
 UT AV 12 2023
 PPV 104.00 DH

LOT D3566900.7
 UT AV 12 2023
 PPV 104.00 DH

médecin, votre pharmacien ou votre infirmière. Ceci s'applique
 aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette

LOT D3566900.7
 UT AV 12 2023
 PPV 104.00 DH

LOT D3566900.7
 UT AV 12 2023
 PPV 104.00 DH

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver l'insuline ?
6. Contenu de l'emballage

1. QU'EST-CE QU'UN
 injectable ET DANS Q
 Classes pharmacothé
 UMULINE® NPH KWIK
 UMULINE® PROFIL 30

LOT D3566900.7
 UT AV 12 2023
 PPV 104.00 DH

UMULINE KWIKPEN est un stylo pré-rempli qui contient la substance
 active, l'insuline humaine, et est utilisé pour le traitement du
 diabète. Vous êtes diabétique lorsque votre pancréas ne produit pas
 suffisamment d'insuline pour réguler le niveau de glucose dans votre
 sang (glycémie). UMULINE KWIKPEN assure un contrôle du glucose
 à long terme. Son action est prolongée.

- Quelques patients ayant présenté des hypoglycémies (abaissement
 du niveau de sucre dans le sang) après passage d'une insuline
 animale à une insuline humaine ont rapporté que les symptômes
 annonciateurs d'hypoglycémie étaient moins prononcés ou différents
 de ceux provoqués par une insuline animale. En cas d'hypoglycémies
 fréquentes ou si vous avez des difficultés à les reconnaître, parlez-en
 avec votre médecin.
- Si vous répondez par l'AFFIRMATIVE à l'une des questions suivantes,

LOT D3566900.7
 UT AV 12 2023
 PPV 104.00 DH

LOT D3566900.7
 UT AV 12 2023
 PPV 104.00 DH

- Certains patients avec un diabète de type 1 et une maladie

LOT D3566900.7
 UT AV 12 2023
 PPV 104.00 DH

LOT D3566900.7
 UT AV 12 2023
 PPV 104.00 DH

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez
 récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

- Vos besoins en insuline peuvent être différents si vous prenez un des
 traitements ci-dessous :
- corticostéroïdes,
 - traitement substitutif par hormones thyroïdiennes,
 - hypoglycémisants oraux (médicaments traitant le diabète),
 - acide acétylsalicylique (aspirine),
 - hormone de croissance,
 - octréotide, lanréotide,
 - bêta 2 stimulants (par exemple, ritodrine, salbutamol ou terbutaline),
 - bêtabloquants,
 - thiazidiques ou certains antidépresseurs (inhibiteurs de la monoamine
 oxydase),

sion éventuelle de maladies, chaque stylo
 par vous, même si l'aiguille est changée

Posologie

- **UMULINE NPH KWIKPEN** : Vous
- UMULINE NPH comme votre insuline
- Votre médecin vous aura avisé du type

LOT D3566900.7
 UT AV 12 2023
 PPV 104.00 DH

LOT D3566900.7
 UT AV 12 2023
 PPV 104.00 DH

avant d'injecter votre insuline p
 vo
 Pr
 • Il
 KW
 afir
 un
 obt
 la c
 bille
 car la formation d'une mousse pourrait
 dose. Examinez les cartouches réguliè
 la suspension présente des floculations
 restent collées au fond ou sur les paroi
 un aspect givré. Vérifiez-le avant chaq

Régla de du stylo (consultez votre m

- Lavez-vous d'abord les mains.
- Lisez les instructions pour l'utilisati
 pré-rempli et suivez-les attentivement.
- Utilisez une nouvelle aiguille (les aigui
- Purgez votre stylo avant chaque utilis
 que l'insuline sort et de chasser les bull
 persister quelques petites bulles d'air c
 inoffensives. Toutefois si la taille des