

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
- 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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0042451

☒ Maladie

☐ Dentaire

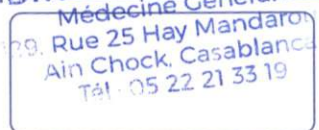
☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2360 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MESKINE KARIMA
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 02/03/2023
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection métabolique
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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) :

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
02				
03	C1	1	150M	
23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02 03 23	3300,00 

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

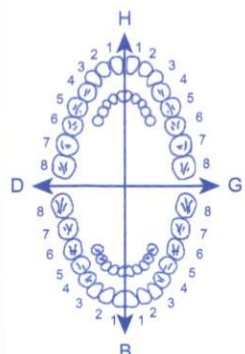
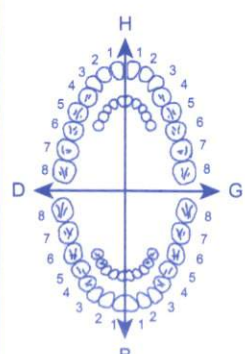
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																						
				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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

Dr. Abdelaziz BADRI

Médecine Générale

Échographie

Expert Assermenté Près Les Tribunaux

Agréé Pour Délivrer Les Certificats

Médicaux du Permis de Conduire



الدكتور عبد العزيز بدري

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم

معتمد من طرف وزارة الصحة لتسليم

الشواهد الطبية لرخصة السياقة

Casablanca, le 02 03 23 : الدار البيضاء، في

MESKINE Kaimo

550,00x6

- Jandoune 10

19g x 6 mois



3300,00

Dr. Abdelaziz BADRI
Médecine Générale
129 Rue 25 Hay Mandarouna,
Ain Chock, Casablanca
Tél.: 05 22 21 33 19

PHARMACIE JNANE CALIFORNIA
Dr. FALAH Youssef
10 Picté Taddart Rds Line
Jnane California Ain Chock
Tél.: 05 22 87 11 12 - Ca
ICE: 00151267300002

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine
Excipients : qsp1 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 للحفظ
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 041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTT S.A

PPV: 550 DH 00

313839-02

RÉSPÉCTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine
Excipients : qsp1 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 للحفظ
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 041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTT S.A

PPV: 550 DH 00

313839-02

RÉSPÉCTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine
Excipients : qsp1 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 للحفظ
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 041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTT S.A

PPV: 550 DH 00

313839-02

RÉSPÉCTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine
Excipients : qsp1 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 للحفظ
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 041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTT S.A

PPV: 550 DH 00

313839-02

RÉSPÉCTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine
Excipients : qsp1 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 للحفظ
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 041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTT S.A

PPV: 550 DH 00

313839-02

RÉSPÉCTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine
Excipients : qsp1 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 للحفظ
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 041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTT S.A

PPV: 550 DH 00

313839-02

RÉSPÉCTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة