

# 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'Horlogerie  
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- 0021079

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7205 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Ouadkhin Azzeddine  
 Date de naissance : 29/12/1961  
 Adresse : 38, BD des Larizi, Etage 3 Casa.  
 Tél. : 0661 156764 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 10/08/23  
 Nom et prénom du malade : Ouadkhin Azzeddine Age : 62 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète Type 2 + Neuropathie  
 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 : 10/08/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 Règlement des Actes
10/08/23	S			Dr. NADIR Arina Endocrinologue - Diabétologue Nutritionniste 182, Boulevard Anouar Casablanca 05 22 86 44 86/05 22 86 44 44

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10  
8  
23

182430

# 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

AM

PC

IM

IV

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 :

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

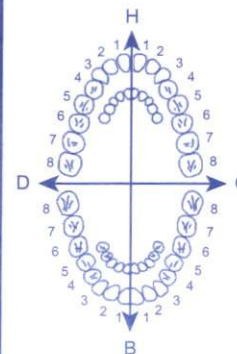
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

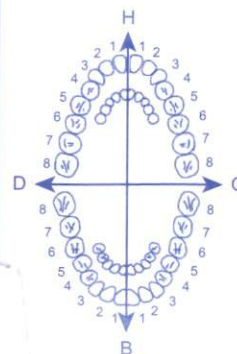
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur NADIR Amina**

**Spécialiste**

Endocrinologue - Diabétologue

Nutritionniste

Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité  
Maigreux - Retard de croissance et de puberté



**الدكتورة ندير أمينة**

**طبيبة أخصائية في**

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية

الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمنة - الكوليستيرول

التحافة - تأخر النمو والبلوغ

**ORDONNANCE**

Casablanca le, **10/08/2023** : الدار البيضاء في

Mr - Mme : **Mr OUDRHIRI Azzeddine**

**GLYCAN RETARD 850MG**

1 Comprimé le matin, 1 comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas  
pendant 3 mois

**AMAREL 4 MG**

1 Comprimé le matin avant le repas pendant 3 mois

**VITANEVRYL FORT**

1 Comprimé le matin 1 Comprimé le midi 1 Comprimé le soir après le repas  
pendant 3 mois

**BREXIN 20 MG**

1 Comprimé le matin après le repas pendant 3 mois

**ROSUCAL 10 MG**

1 Comprimé le soir après le repas pendant 3 mois

**VITANEVRYL FORT**

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas  
pendant 3 mois

**EPYCA 50 MG**

1 Comprimé le soir après le repas pendant 14 jours

**NOVOFINE 8 mm**

e-mail : nadiramina@yahoo.fr

En cas d'urgence : 06 61 08 89 86

I.C.E : 001648613000070

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sabaa Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH



**Dr. NADIR Amina**  
Endocrinologue - Diabétologue  
Nutritionniste  
182, Bd Anoual, Tour Anoual, Derb Ghalef, Casablanca  
05 22 86 44 44 - 05 22 86 44 86 : الهاتف  
nadiramina@yahoo.fr : العنوان الإلكتروني

٢  
ثلاكن  
ميتفورمين كلوريدات

روتار 850

30 حبة ملبسة مقدرة ب 850 مغ  
عن طريق الفم



PPV

LOT

PER

21,40



٢  
ثلاكن  
ميتفورمين كلوريدات

روتار 850

30 حبة ملبسة مقدرة ب 850 مغ  
عن طريق الفم



PPV

LOT

PER

21,40





# GLYCAN<sup>®</sup> Retard 850

Metformine chlorhydrate

PPV 38.10 DH  
LOT L0737 PER 06/26

60 comprimés enrobés dosés à 850 mg

Voie orale



GLYCAN<sup>®</sup> Retard 850

60 comprimés enrobés  
dosés à 850 mg



# GLYCAN<sup>®</sup> Retard 850

Metformine chlorhydrate

PPV 38.10 DH  
LOT L0737 PER 06/26

60 comprimés enrobés dosés à 850 mg

Voie orale



GLYCAN<sup>®</sup> Retard 850

60 comprimés enrobés  
dosés à 850 mg



# GLYCAN<sup>®</sup> Retard 850

Metformine chlorhydrate

PPV 38.10 DH  
LOT L0737 PER 06/26

60 comprimés enrobés dosés à 850 mg

Voie orale



GLYCAN<sup>®</sup> Retard 850

60 comprimés enrobés  
dosés à 850 mg





2800

**Brexin<sup>®</sup>**

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

**20** comprimés effervescent

voie orale



100,40

 **chiesi**

**Brexin<sup>®</sup>**

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

**20** comprimés effervescent

voie orale



100,40

 **chiesi**

**Brexin<sup>®</sup>**

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

**20** comprimés effervescent

voie orale



100,40

 **chiesi**



**Brexin<sup>®</sup>**

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

**20** comprimés effervescent

voie orale



100,40

 **chiesi**

**Brexin<sup>®</sup>**

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

**20** comprimés effervescent

voie orale



100,40

 **chiesi**

# روزوكال<sup>®</sup>

روزوفاستاتين

10  
ملغ

للحديث و الأطفال  
ابتداءً من 6 سنوات

**PHARMA 5**

عن طريق الفم  
قرصاً ملبساً  
28

LOT : 2469  
PER : 08 - 25  
P.P.V : 147 DH 10

**50mg**

**EPYCA<sup>®</sup>**  
Prégabaline

**Voie orale**



**14 gélules**

Lot N°: 4512  
EXP.: 05/24





٢٠  
ڦيتيانقريل قوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

28,80

٢٠  
ڦيتيانقريل قوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

28,80

٢٠  
ڦيتيانقريل قوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

28,80

عن طريق الفم

PPV  
LOT  
PER

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV  
LOT  
PER

ڦيتيانقريل قوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV  
LOT  
PER