

# 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- 0021083 17 8549

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7705 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUDGHIRI AZZEDDINE

Date de naissance : 29/08/1961

Adresse : 38, BD Piss Lahrizi Etage 3 Cas

Tél. : 0661156764 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : OUDGHIRI AZZEDDINE Age :

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

Nature de la maladie : Diabète Type 2

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 : 2023

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 Paiement des Actes
4 SEPT 2023			200,00	

[illegible][illegible][illegible]

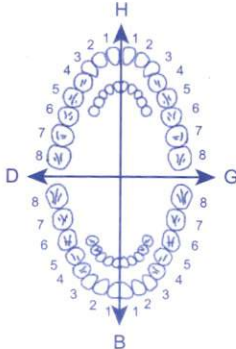
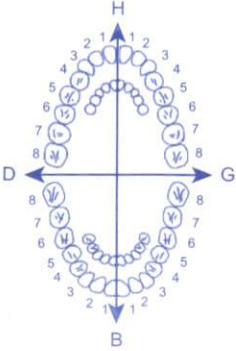
Date	Time	Location	Weather	Notes

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

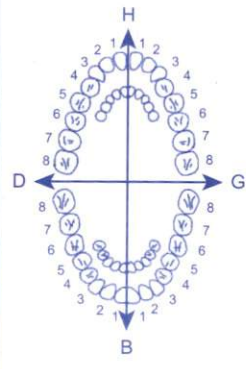
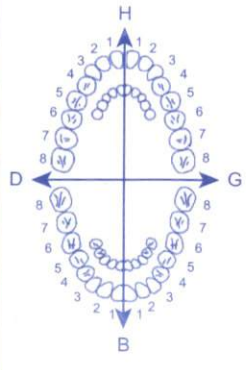
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>                      00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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			
	<div><div><div>H</div><div>25533412 00000000</div><div>D</div></div><div><div>21433552 00000000</div><div>G</div></div><div><div>00000000 35533411</div><div>B</div></div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				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 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

النحافة - تأخر النمو والبلوغ

**ORDONNANCE**

Casablanca le, **14/09/2023** : الدار البيضاء في

Mr - Mme : **Mr OUDRHIRI Azzeddine**

**TRESIBA (flexpen)**

16 Uis au coucher pendant 3 mois

**AMAREL 4 MG**

1 Comprimé le matin avant le repas pendant 3 mois

**GLYCAN RETARD 850 MG**

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

**JANUVIA 100 MG**

1 Comprimé le midi 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

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH



**Dr. NADIR Amina**  
Endocrinologue - Diabétologue  
Nutritionniste  
182, Boulevard Anoual Casablanca  
Tél.: 05 22 86 44 86 / 05 22 86 44 44

En cas d'urgence : 06 61 08 89 86

182, Bd Anoual, Tour Anoual, Derb Ghalef, Casablanca

Tél : 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 44

e-mail : nadiramina@yahoo.fr

I.C.E : 001648613000070

182, شارع أنوال, درب غلف, الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 86 44 44 - 05 22 86 44 86

البريد الإلكتروني : nadiramina@yahoo.fr

5x3ml

# TRESIBA

## FlexTouch®

Solution injectable en stylo pré-rer

Insuline dégludec

# TRESIBA

## FlexTouch®

Solution injectable en stylo pré-rempl

Insuline dégludec

5x3ml  
Tresiba® FlexTouch®  
100 unités/ml  
Solution injectable en stylo prérempli  
Insuline dégludec  
PPV : 1040,00 MAD

5x3ml  
Tresiba® FlexTouch®  
100 unités/ml  
Solution injectable en stylo prérempli  
Insuline dégludec  
PPV : 1040,00 MAD



unités/ml

**100**  
unités/ml



قوتيل<sup>٢</sup>

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

سيلوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER



**Januvia®**  
comprimés pelliculés **100 mg**

**Sitagliptine**

28 comprimés pelliculés

**Voie orale**

Lot: W038763  
Mfg: 09 2022  
Exp: 09 2025





**Januvia®**  
comprimés pelliculés **100 mg**

**Sitagliptine**

28 comprimés pelliculés

**Voie orale**

Lot: W038763  
Mfg: 09 2022  
Exp: 09 2025





**Januvia®**  
comprimés pelliculés **100 mg**

**Sitagliptine**

28 comprimés pelliculés

**Voie orale**

Lot: W038763  
Mfg: 09 2022  
Exp: 09 2025



کرم

## میتفورمین کلوریدرات



850 ریشہ

عن طريق الفم 60 حبة ملبسة مقدرة ب 850 مغ

عن طريق الفم

○

38, 10

PPV

LOT

PER

کرم

## میتفورمین کلوریدرات



850 ریشہ

عن طريق الفم 60 حبة ملبسة مقدرة ب 850 مغ



38, 10

PPV

LOT

PER



کتاب

میتفورمین کلوریدرات



850 ریشہ

عن طريق الفم 60 حبة ملبسة مقدرة ب 850 مغ

عن طريق الفم



38, 10

PPV

LOT

PER

