

## 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

N° W21-822662

Compte  
190068

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01690 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL EDDINE

Date de naissance : 04/08/1944

Adresse : 661181844 Résidence Bouanar Jm B' Agdal - Rabat

Tél. : 537 67 57 62 / 0537 68 20 29

Total des frais engagés : 1309,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. Jamila RHANDI Endocrinologue.

Cachet du médecin : Nutritionniste Ansift, Av. Atlas, Appt. 2 Agdal - Rabat

Date de consultation : 22/12/2023

Nom et prénom du malade : NADARUFI JAMAL EDDINE

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

Nature de la maladie : DM 1.0

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 : Rabat Le : 22/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-822662

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01690

Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI JAMAL

Total des frais engagés : 1309,30 Dhs

Date de dépôt : 28-12-2023

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
22/10/23	cs	1cs	300 DH	INF:  <b>Dr. Jamila El Yamani</b> Diabétologue, Endocrinologue Nutritionniste 100m, Av. Atlas, App. 100m - Rabat Tél: 33 0537 68 220

Dr. Jamila EL ANASSER  
Néphrologue, Endocrinologue,  
Nutritionniste  
Tasfi Av. Atlas  
Adgal - Rabat  
Tél: 5537 67 57 82 / 0537 68 20 29  
INP : 101120920

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien <b>Pharmacie SAEIYA</b> Sanaa EL GHARBI Ep. RADIRI Annakhil, Hay Riyad - Rabat 0537 71 77 2	Date 22/12/23
Montant de la Facture 1009.30	Tel: 0537 87 5 101 INP: 102051620

Pharmacie SAEIYA  
Dr. Sanaa EL GHARBI  
Ep. RADIRI  
Av. Anakhil, Hay Riyad - Rabat  
Tél. 0537 71 34 12 0537 71 77 2

[illegible][illegible]

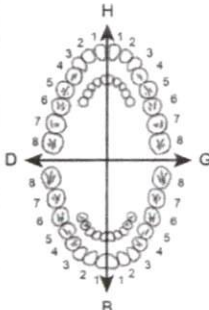
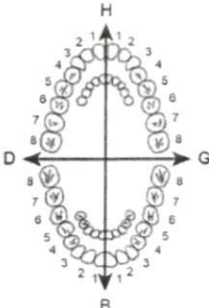
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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.

[illegible]COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Diplômée de la Faculté de médecine de Montpellier - France  
Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie  
Maladies métaboliques et Nutrition  
Cryolipolyse et Lipolaser

الدكتورة جميلة غندي  
خريجة كلية الطب بمنزوي - فرنسا  
إختصاصية في أمراض الغدد والسكري  
والسمنة والكوليسترول والتغذية

Rabat, le 22/12/2023

7 Naarafi Jamal Ghdino.

89.00

4.30<sup>+</sup>

2. Dramična 30 up: 1/ ja je

28.00

- Glühwein 1000: 1 bis 2  
an einer.

419.00

α 2 -

For Pharm

So:

Alj

an ol' jeeves

T: 1009.30

Alt de Zmus

**Dr. Jamila RHANDI**

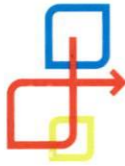
Endocrinologue, Endocrinologue,  
Nutritionniste

77، زنقة تانسيفت (شارع الأطلس) - Agdal - Rabat - Maroc  
 الهاتف: 05 37 67 57 62 - 05 37 68 20 29 - هاتف العيادة: 05 37 67 57 62

77, rue Tansift (Avenue Atlas) - Appt n°2 - Agdal - Rabat - Tél. 05 37 67 57 62 - 05 37 67 57 62

INP: 101120020

E-mail : cabinet.rhandi@yahoo.fr



# forxiga<sup>®</sup>

## Dapagliflozine

28 comprimés pelliculés

ملبس

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Q1  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH



فوركسيغ  
داباغلِفِلوزين

الفم

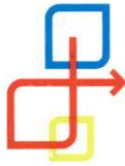
6 118001 185023

Voie orale

Comprimé  
pelliculé

10mg

AstraZeneca



# forxiga<sup>®</sup>

## Dapagliflozine

28 comprimés pelliculés

ملبس

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Q1  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH



فوركسيغ  
داباغلوفلوزين

الفم

6 118001 185023

Voie orale

Comprimé  
pelliculé

10mg

AstraZeneca

0168



60 comprimés à libération modifiée  
Gliclazide  
**DIAMICRON 30 mg**

Les Laboratoires Servier - France  
SERRIER MAROC  
Imm. ZEVAO, lot FATH 4  
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



قائمة 1 : لا يصر في لا توصى وصفة طبية  
LISTE 1 : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

احفظوا المقتضى التعليمية  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



60 Comprimés à Libération M odifiée

**DIAMICRON 30 mg**  
Gliclazide

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS

A conserver dans le conditionnement d'origine.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.

**Voie orale**

Excipients : q.s.p. 1 comprimé

**Composition**

Gliclazide : 30 mg



يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال وعن نظركم  
اقرأ بدقة النشرة الداخلية قبل الاستعمال.  
يجمّع الدواء في عبوته الخارجية الأصلية.  
يؤخذ عن طريق الفم  
الكمية الكلية لجرعة واحدة : (30) ملغ  
كل 24 ساعة

**DIAMICRON 30 mg**  
Gliclazide  
Comprimé à Libération M odifiée



Découverte de la Recherche Servier

60 Comprimés

54,30

**DIAMICRON 30 mg**  
Gliclazide  
30 Comprimés à Libération Modifiée

احفظوا المقادير المصغرة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة 1 : لا يعرف إلا بصفة طبية  
LISTE 1 : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France  
Imm. ZEVAO, lot FATH 4  
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

**DIAMICRON 30 mg**  
Gliclazide  
30 comprimés à libération modifiée  
6 118000 100072

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS

**Voie orale**  
A conserver dans le conditionnement d'origine.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.

**Composition**  
Gliclazide : 30 mg  
Excipients : q.s.p. 1 comprimé



يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال وعن نظره  
يؤخذ عن طريق الفم  
يتمتع الدواء في عبوته الخارجية الأصلية.  
اقرأ بدقة النشرة الداخلية قبل الاستعمال.  
التركيب  
كل كابراند : 30. ملغ  
السوق : الكمية الكافية لجلسة واحدة.

**DIAMICRON 30 mg**  
Gliclazide  
Comprimé à Libération Modifiée



Découverte de la Recherche Servier

30 Comprimés

# Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale



28,00

30 Comprimés pelliculés

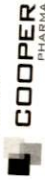
MERCK

## Composition :

Chlorhydrate de metformine ..... 1000 mg  
correspondant à 780 mg de metformine base.

Excipients: ..... q.s.p un comprimé pelliculé

Fabriqué par



41, rue Mohamed Diouri 20 110 – Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina Daoudi  
Sous licence de Merck Santé S.A.S. – France  
N° d'AMM : 121 DMP/21/NRQ

مصنوع من طرف كوبر فارما

41 زقاق محمد البويزي 20110 الدار البيضاء

الصيدلي المسؤول : أمينة داودي

بترخيص من هيوك سانتيه ش.أ.م – فرنسا

Glucophage® 1000 mg  
30 Comprimés pelliculés



التركيبة :  
كلو هيدرات الميتفورمين 1000 مغ  
ما يعادل 780 مغ من الميتفورمين قاعدة.  
سواغات : لك القرص واحد مغلف