

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.

Diagnostique 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 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.

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

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

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° P19- 056492

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 675 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAUKI KALTEUM

Date de naissance : 29/11/1946

Adresse : APA 9, Imm 37, résidence Sejjas 6, Hayatda, Sade

Tél. 060 75 90 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. CHOUKRY Raja
Spécialiste en Endocrinologie
Maladies Métaboliques
Place de Mellou - RABAT
Tél. 70 15 38

Date de consultation : 17 JUN 2020

Nom et prénom du malade : Chaouki Kalteum Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTA + affection Respiratoire

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
17 JUIN 2020	S	—	3000 DH	<i>Dr. GUKRY Raja</i> Médicins Endocrinologues Métaboliques Melline - RABAT 70 18 36

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE RABAT</i> AV 1000 4L AL AMTAMIN N° 60 LA HAYDA SALE FIX 05 37 87 14 84	24/6/2020	# 355.30 #

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 CCEFFICIENT 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 <input type="text"/>	
				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

☒ valable 3 mois

Le 17/06/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Chauke Kalraim

Présente Diabète

Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) Amarel 1mg 1cp/j et Amarel 2mg 1/2cp/j

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

17/06/2020

Docteur CHOUKRY Raja

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialiste en Endocrinologie

Maladies Métaboliques, Diabétologie,
Obésité, Nutrition, Cholestérol, Stérilité

1, Place de Melilya - 1er Etage - Rabat

(En face du Café Jour et Nuit)

Tél.: 05 37 70 18 38

INP : 10 10 42 448

الدكتورة شكري رجاء

خريجة كلية الطب بنانسي

اختصاصية في أمراض الغدد

داء السكري - السمسة - التغذية - الدهون

الساحة مليلية، الطابق الأول - الرباط

(أمام مقهى ليل ونهار)

الهاتف: 05 37 70 18 38

Rabat, le : 24 JUIN 2020 الرباط في

Mme Kalraum Chaouki

68.80 - Amarel 1mg

1cp matin

60.40 x 3 - Amarel 2mg

181.20 1/2cp matin

1/2cp soir

pdt 3 mois

35.10 x 3 - Becidenge

105.30

1cp x 2/j pdt 1 mois

355.30

Dr. CHOUKRY Raja
Spécialiste en Endocrinologie
Maladies Métaboliques
Place de Melilya - 1er Etage - Rabat
Tél.: 05 37 70 18 38

Sur Rendez Vous بالميعاد

CNSS : 6257506

PHARMACIE BAB ARRAYAN
AV IBN AL HAYTAM N°60
LAAYAYDA SALE
FIX 05 37 87 14 84

أماريل® 4 ملغ

غليمبيبيريد

عن طريق الفم

30 قرصًا

التركيب مع المادة الفاعلة:

غليمبيبيريد 4 ملغ

في القرص الواحد

السواغ ذو التأثير المحدد: لاكتوز

يُحفظ بعيدًا عن نظر الأطفال ومتناولهم.

يرجى قراءة النشرة قبل الاستعمال.

تحذير خاص: من الضروري إجراء فحص طبي قبل العلاج ودوريًا في خلال مدة العلاج.

شروط خاصة للحفظ:

يُحفظ في حرارة لا تتخطى 30 درجة مئوية. يُحفظ في الغلاف الخارجي الأصلي في مكان جاف.

026205

Amarel®
glimépiride/glimepiride

4 mg

Voie orale/oral use

30 Comprimés/tablets

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30

P.P.V: 68,80 DH

6 118001 081325

SANOFI



3 400934 210501



Amarel® 4 mg
30 Comprimés/tablets





أماريل® 2ملغ
غليميريد

30 قرصا

عن طريق الفم

Amarel 2mg



احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

O

AMAREL 2MG

CP B30

P.P.V : 60DH40



LOT : 19E001

PER.: 06 2022



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca



أماريل® 2ملغ
غليميريد

30 قرصا

عن طريق الفم

Amarel 2mg



احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

O

AMAREL 2MG

CP B30

P.P.V : 60DH40



LOT : 19E001

PER.: 06 2022



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca



أماريل® 2ملغ
غليميريد

30 قرصا

عن طريق الفم

Amarel 2mg



احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

O

AMAREL 2MG

CP B30

P.P.V : 60DH40



LOT : 19E001

PER.: 06 2022



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca

يحفظ بعيدوز عن الحرارة والرطوبة
A CONSERVER A L'ABRI DE LA CHALEUR ET DE L'HUMIDITE
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

لا يترك في متناول الأطفال



مختبر الصيدلانيات الصيدلانية لعيدوز - 21، زقاق الأوداية - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'ASPIRINE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

BECIDOUZE® 
20 dragées



19

®

بـعيدوز

فيتامين ب 1

فيتامين ب 6

فيتامين ب 12



20 قرصا

للبروفان 17

BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 35DH10

EXP 01/2023

LOT 93003 5

يحفظ بعيدوز عن الحرارة والرطوبة
A CONSERVER A L'ABRI DE LA CHALEUR ET DE L'HUMIDITE
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

لا يترك في متناول الأطفال



مختبر الصيدلانيات الصيدلانية لعيدوز - 21، زقاق الأوداية - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'ASPIRINE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

BECIDOUZE® 
20 dragées



19

®

بـعيدوز

فيتامين ب 1

فيتامين ب 6

فيتامين ب 12



20 قرصا

للبروفان 17

BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 35DH10

EXP 01/2023
LOT 93003 5

يحفظ بعيدوز عن الحرارة والرطوبة
A CONSERVER A L'ABRI DE LA CHALEUR ET DE L'HUMIDITE
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

لا يترك في متناول الأطفال



مختبر الصيدلانيات الصيدلانية لعيدوز - 21، زقاق الأوداية - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'ASPRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

BECIDOUZE® ☒
20 dragées



19

®

ب.عيدوز

فيتامين ب 1

فيتامين ب 6

فيتامين ب 12



20 قرصا

للبروفان 17

BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 35DH10

EXP 01/2023
LOT 93003 5