

# 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 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 ALP :

- 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0010915

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2445 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : K. Benada TAOYAD  
 Date de naissance : 13-07-56  
 Adresse : Abituelle  
 Tél. : 629465965 Total des frais engagés : 1280 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. OMAR BENMAREK**  
 Médecin Généraliste  
 1028, Hay Riad - BOUZNICA  
 Tél : 05.37.64.91.79  
 en cas d'urgence : 06 72 43 50 87  
 INPE: 061188227  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 27 OCT 2022  
 Nom et prénom du malade : Kabailou benada Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète  
 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 : CASABLANCA Le : 31/10/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
21 OCT 2022	C	1	4704	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Règlement des Actes
21/01/2022	C	1	4704	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie HAY OTHMANE</b> <b>Ahmed MANSOUR</b> 24, Rue Tiznit - Lot 45 Hay Othmane - BOUZHNIKA <b>INPE 062031190</b>	27/10/22	1201, 20

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie HAY OTHMANE</b> <b>Ahmed MANSOUR</b> 26, Rue Tiznit - Lot 45 Hay Othmane - BOUZHAKA <b>INPE 062091190</b>	27/10/22	1 201, 80

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

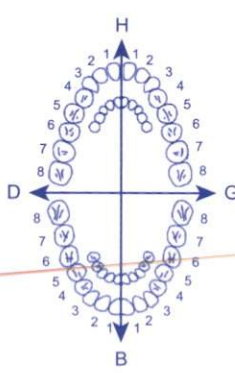
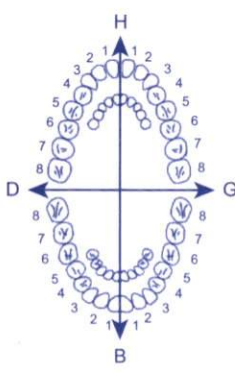
[illegible]

## 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 style="width: 100%;" type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>											
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>H</b> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">                 25533412 00000000             </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">                 21433552 00000000             </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>D</b> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">                 00000000 35533411             </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">                 00000000 11433553             </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>G</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>B</b> </td> </tr> </table>				<b>H</b>		25533412 00000000	21433552 00000000	<b>D</b>		00000000 35533411	00000000 11433553	<b>G</b>		<b>B</b>
	<b>H</b>														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	<b>D</b>														
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	<b>G</b>														
	<b>B</b>														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>											
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Dr. Omar Benmbarek

Médecin Généraliste



عيادة الدكتور عمر بنمبارك  
كليب عام

27 OCT 2022

# Ordonnance

Bouznika le : .....

Nom et prénom : .....

kabailou berrada jaouad

Pharmacie HAY OTTMANE  
Ahmed MANSOUR  
24 Rue Tiznit - Lot 45  
Hay Othmane - BOUZNICA  
Tél : 05 37 74 30 53

• LANTUS SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS INJECTABLES  
GM

744,00

• AMAREL CO 4MG B30 COMP

1 cp / jr

$68,80 \times 4 = 276,20$

• GLUCOPHAGE CO 1000MG B30 COMP

1 cp \* 2/jr

$28,00 \times 4 = 112,00$

• Souten Plus 185

bandelets

Dr. OMAR BENMBAREK  
Médecin Généraliste  
1028, Hay Riad - BOUZNICA  
Tél : 05.37.64.91.79  
en cas d'urgence : 06 72 43 50 87  
INPE : 061188827

Dr. OMAR BENMBAREK  
Médecin Généraliste  
1028, Hay Riad - BOUZNICA  
Tél : 05.37.64.91.79  
en cas d'urgence : 06 72 43 50 87  
INPE : 061188827

1201,20

Adresse : 1028 hay riad bouznika

Fix : 05 37 64 91 79

Portable en cas d'urgence : 06 72 43 50 87

E-mail : Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com

العنوان : حي الرياض رقم 1028 بيوznيقة

الهاتف : 05 37 64 91 79

المحمول في الحالات المستعجلة : 06 72 43 50 87

البريد الإلكتروني : Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,  
Ain Sebaâ 20250 Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5  
P.P.V. : 744DH00



5 18001 081615

Sanofi-aventis Maroc

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



5 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc

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



5 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc

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



5 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc

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



5 118001 081325

28,00

28,00

LOT 220809  
EXP 05/2025  
P.P.V 28.00DH

28,00



IN FARM HENRIAREK  
JOSER HENRIAREK  
Généraliste  
Rue de la République  
20250 Casablanca  
Tél : 05 22 22 22 22  
Fax : 05 22 22 22 22

# Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

For use with / A utiliser avec  
الاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با  
وسایلهای تست قند خون

CONTOUR™ PLUS

Meters / lecteurs  
کونتور پلاس / (کنتور پلاس)

REF 84627446

# Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

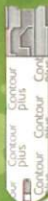
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

**NO  
CODING**  
SANS CODAGE



2

7635

# Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود پایی



2797



0°C 30°C



5 016003 763502

CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP1LQHC318



2023-11



© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. All rights reserved. Contour is a trademark and/or registered trademark of Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Tous droits réservés. Contour est une marque de commerce et une marque déposée d'Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. جميع الحقوق محفوظة. CONTOUR (كونتور) علامة تجارية مسجلة لشركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. شرکت Ascensia Diabetes Care Holdings AG. محفوط است (کنتور) نشان تجاری ثبت شده شرکت Ascensia Diabetes Care Holdings AG است.

Ascensia Diabetes Care Holdings AG  
Peter Merian-Strasse 90  
4052 Basel, Switzerland

[www.diabetes.ascensia.com](http://www.diabetes.ascensia.com)

صنع في اليابان

[www.patents.ascensia.com](http://www.patents.ascensia.com)



For further assistance, please see contact information on the last page of the User Guide.

Pour obtenir une assistance, voir les coordonnées sur la dernière page du manuel d'utilisation.

لمزيد من المساعدة يرجى مراجعة بيانات الاتصال الموجودة في الصفحة الأخيرة من دليل المستخدم.

برای راهنمایی بیشتر، لطفاً به اطلاعات تماس در صفحه آخر راهنمای کاربر مراجعه کنید.

Darmoun Tajhiz Teb Co.  
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,  
Vall-e-Asr Ave.,  
Tehran, 1967865637  
Iran  
Phone : +98 21 26218306

ABIAGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED  
7, MORONU MADUAGWU STREET, SURULERE, LAGOS,  
NIGERIA  
TELEPHONE: +2348033131500  
Email: ahs@abiagait.com  
Website: [www.abiagait.com](http://www.abiagait.com)  
NAFDAC REG. NO: 03-2234

70,00

 **ASCENSIA**  
Diabetes Care

90004659

Rev. 10/19

Parapharmacie SIGMA SANTE  
SERVICES - Bouznika  
N°49,CITE BOUTAINA  
BOUZNKA  
0537409566

**Vente**

**Ticket : FAC-189**

**Date : 23/09/2022**

**Date de transaction : 23/09/2022**  
**13:09**

Produit	Qté.	R.U	Total
.....			
CONTOUR PLUS B25 BANDELETTES	1	70,00	70,00
.....			
Sous-total HT			58,33
TVA			11,67
Total TTC			70,00

**IF: 50532241**  
**T.P: 39801380**

.....

**Montant reçu : 100,00 DHS**

**Monnaie : 30,00 DHS**