

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-789100


159300

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)


Matricule : 867 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve  
 Nom & Prénom : LAMDAHURI LALLA ZAHRA  
 Date de naissance : 1942  
 Adresse : 114 Rue de MENHA Appos  
 HAY SALAM CACA  
 Tél. : 066975387 Total des frais engagés : 2043,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 01/03/2023  
 Nom et prénom du malade : LAMDAHURI Lalla Zahra Age : 81  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète type 2  
 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 : 0808 Le : 07 / 05 / 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
01/03/23	G		300 DH	INP : 95M90557
<p><b>DR. ELHADJI SAIDA</b> Endocrinologue - Diabétologue 283, Bd El Fakhoud El Mansour Tél: 0522 39 45 81</p>				

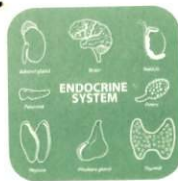
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>Pharmacie SENHAJA HEALTH</b> <b>Dr. SENHAJA ABDELHAMID</b> 98-100, Rue Capitaine LOUBEI KH-02 Hay Mohammadi - CASABLANCA Tél : 0522 62 38 14</p>	01/03/23	1603,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p><b>CLAUDE ASSADIA</b> Rue J. Assadia, Ang. Reb Tél/Fax : 05 37 67 10 33</p>	09/03/2023					2119,00

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 canalaires, 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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

الدكتورة البديع سعيدة  
اختصاصية أمراض الغدد و السكري و الأيض  
خريجة جامعة رين فرنسا



**Dr. EL BADII Saida**  
Spécialiste en Endocrinologie,  
Diabétologie et Maladies Métaboliques  
Diplômée de l'Université de Rennes France

Casablanca, le : 01/31/23

LAMDA GHRI dalla Zahra.

390,00 x 3

Galvus 50 . 14 x 21 J 3 mois

Bandelettes glycémiques . 1 x 1 J 3 mois

144,50 x 3

Egoc 20 . 14 J 3 mois

T = 1603,50

Pharmacie SENHAJA HEALTH  
Dr. SENHAJI ABDELHAMID  
98-100, Rue Capitaine LOUBEI KHALIL I  
Hay Mohammadi - CASABLANCA  
Tél : 0522.62.38.14

Dr. ELBADII SAIDA  
Endocrinologue - Diabétologue  
283, Bd Yaacoub El Mansour  
Casablanca - Tél : 05 22 39 46 81



6118001031030

**Galvus® 50 mg** ○

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

**Galvus® 50 mg** ○

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

**Galvus® 50 mg** ○

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



**ESAC® 20 mg**

ésoméprazole

28 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241898

**ESAC® 20 mg**

ésoméprazole

28 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241898

**ESAC® 20 mg**

ésoméprazole

28 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241898



# CLARAMAS MEDIC

PATENTE:2570184 RC:135035 ICE:002143445000095 IF:31876943 CNSS:8676861

MME LAMDAGHRI LALA ZAHRA

FACTURE N° : 2023/348

Casablanca

Rabat le : 09/03/2023

N° BL	Reference	Désignation	Qty	PU TTC	Remise	P.T TTC
2023/348	ONC A11.6-2	Bandelette on call plus de 25	2	70,00	0 %	140,00
Total HT		I.V.A 20%				
140,00		28,00	TOTAL NET TTC			
			140,00			

Arrêtee la présente facture a la somme de :  
cent quarante Dirhams et zero Centimes

CLARAMAS medic  
Résidence Palmier II, Maj. 47  
F. 1000 Agdal, Agdal Rabat  
Tél/Fax : 06 37 87 33 33

Mode de règlement	Réc. de règlement	Banque
En espèces	En espèces	

RÉSIDENTE PALMIER II N°47 RUE JAAFFAR ASSADIS AGDAL RABAT

EMAIL:CLARAMASMEDIC@GMAIL.COM TEL:0537671033 /0662137655/FAX:0537671033

PATENTE:2570184 RC:135035 ICE:002143445000095 IF:31876943 CNSS:8676861

RIB:181825217111586725000415

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : **LANDAGHRI Lalla Zahra**  
Matricule : **867** N° CIN : **B427132**  
Adresse : **44 Rue Le MEHRIA Appos HAY SALAM**  
Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr. ELBADJI SAIDA** Spécialité : **Endocrinologue - Diabétologue**  
N° ICE : **283, Bd Yacoub El Mansour** N° INPE : **0300991**  
Certifie que Mlle, Mme, M. : **LANDAGHRI Lalla Zahra**  
Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

**Diabète Type 2**

**Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :**

**HbA1c 8,6%. Sm Lantus**

**Dont ci-joint ordonnance :**

**Traitement prescrit :**

**Glucos 50 24/15**

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

Fait à : **Casa** le **03/3/2023**

**Cachet et signature du médecin traitant :**

**Dr. ELBADJI SAIDA**  
Endocrinologue - Diabétologue  
283, Bd Yacoub El Mansour  
Casablanca - Tél: 0522 39 45 81

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

# On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

REF G133-118



Distributeur exclusif

**ACON®**



ACON Laboratories, Inc.  
5850 Oberlin Drive, #340  
San Diego, CA 92121, USA

[www.aconlabs.com](http://www.aconlabs.com)

EC REP

MDSS GmbH  
Schiffgraben 41  
30175 Hannover, Germany



IND



# On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

**25**

For testing glucose in whole blood  
using the *On Call® Plus* and  
*On Call® EZ II* blood  
glucose meters.  
For self testing and  
professional use.  
Only for use outside  
the body.

Contents:  
25 Test Strips  
Code Chip  
Package Insert



0123

©2020 ACON Laboratories, Inc.



**INFO PHARMA**

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

Fax: + 212 5 22 47 45 92

# On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

LOT 1692247

2023-10-24

# On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

## Français

### Bandelettes de Glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang total en utilisant les glucomètres On-Call® Plus et On-Call® EZ II.

A usage individuel et professionnel.

Uniquement pour usage en dehors du corps.

### Contenu:

- 25 Bandelettes
- Carte à Puce
- Mode d'Emploi

## Русский

### Test-полоски

Для определения глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров On-Call® Plus и On-Call® EZ II.

Для самодиагностики и профессионального использования.

Только для использования вне тела.

### Упаковка содержит:

- 25 Test-полоски
- Кодовый чип
- Инструкцию-вкладыш

## العربية

أشرطة الفحص

لفحص السكر في الدم الكامل باستخدام جهاز ي. هيرش

للفحص الذاتي والاستخدام المهني On-Call® EZ II, On-Call® Plus

للاستخدام الخارجي فقط

المحتويات:

• 25 أشرطة الفحص

• رقاقة كود

• نشرة الحزمة