

# 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 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

M23-001385 **165795**  
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02602 Société : R.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MOUERRIH DRISS  
Date de naissance : 30 Avril 1953  
Adresse : N° 252 LOT EL ANFA Aïn-  
DERAJ.  
Tél. : 0642404633 Total des frais engagés : 1548,20 Dhs  
0641632217

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 13 / 06 / 2023  
Nom et prénom du malade : MOUERRIH DRISS Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : DT 2 + HTA  
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 : Aïn-deraj Le : 13 / 06 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
13 06 23	Or		150 + 0.8	Dr. H. JAMI Médecin Généraliste 252, 1er étage, Col. AZWANDA Berzé - Tél : 0522 036 000

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 100, 05 22 21 47 07 D. SAAD L'AZWANDA N° 06 20 72 810	06.23	1398,20

# 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 :

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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



**Dr. Hamza JAMI**

**الدكتور حمزة جامي**

OMNIPRATIEN

Lauréat de la Faculté de Médecine

et Pharmacie Casablanca

Ancien Médecin Interne au CHP Ben M'sik



الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء

طبيب داخلي سابق

بالمركز الإستشفائي بن امسيك

Deroua

الدروة , في

Moufreh Dris

21.00x6

1) D'efuni 1x2

60.40x3

2) Amral 2x3

269.00x3

3) Covera 10, 3

48.00x3

4) Sin cod 2x3

140.00

5) Boudellits ON Call 2x3

1398.20

252 الطابق الأول بحزنة الوحدة 2 أمام مختبر التحليلات الدروة

252 1er étage, Lot. ALWAHDA 2 En Face du Labo d'analyses médicales Deroua

الهاتف : 05 22 036 000



269,00

269,00

269,00

LOT: 22E003  
AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V: 60DH40  
118000 060031  
LOT: 22E003  
AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V: 60DH40  
118000 060031  
LOT: 22E003  
AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V: 60DH40  
118000 060031  
LOT: 22E003  
AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V: 60DH40  
118000 060031

48,00

48,00

48,00

PPV ~~21DH00~~  
PER 02/26  
LOT M691

PPV 21DH00  
PER 03/26  
LOT M1015

PPV ~~21DH00~~  
PER 02/26  
LOT M691

PPV 21DH00  
PER 02/26  
LOT M691

PPV 21DH00  
PER 02/26  
LOT M691

PPV ~~21DH00~~  
PER 02/26  
LOT M691



# LA PHARMACIE REGIONALE

DEROUA

## FACTURE

Pour Mr : Moufrik Driss  
Facture N° : 197081

Date : 16/06/23


Art	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant
	on. cap Extra Bt50	1	140.00	140.00

Montant	140.00
T.V.A	///
TOTAL T.T.C	///

Arrête la présente facture à la somme de :



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <b>MOUFRIH DRISS</b>	
Matricule : <b>02602</b>	N° CIN : <b>B-54646</b>
Adresse : <b>N° H-252 - LOT EL ANASSA DKS - Pétrole</b>	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <b>Dr. Hamza JAMALI</b>	Spécialité : <b>Médecin généraliste</b>
N° ICE : <b>252, 1er étage, Lot EL ANASSA DKS - Pétrole - Tél : 0522 036 000</b>	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : <b>Moufrit Driss</b>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <b>TA<sub>2</sub> 15,7 / 9 Hb<sub>1c</sub> 7,4 %</b>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <b>Metformin ou Digi<sup>1000</sup> , Amoxic<sup>20</sup> ou Ome<sup>20</sup> , Sincor<sup>20</sup> , Bactilite ou callectin. Coser<sup>10,5</sup></b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <b>Dek</b>	le <b>15 06 2022</b>
Cachet et signature du médecin traitant : 	

\* 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



REMBOURSE  
par la  
MUTUELLE

**On·Call®  
Extra**  
Blood Glucose Test Strips

**On·Call®  
Extra**  
Blood Glucose Test Strips

50

LOT 1191568

2025-01-05

English  
Blood Glucose Test Strips  
For testing glucose in whole blood using the  
On Call® Extra family of Blood Glucose  
meters.

For self testing and professional use.  
Only for use outside the body.

Contents:  
• 50 Test Strips  
• Package Insert

Français  
Bandelettes pour test de glycémie  
Pour l'analyse de glucose dans le sang total  
à l'aide de la famille de Glycomètres On  
Call® Extra.

A usage individuel et professionnel.  
Uniquement pour usage en dehors du corps.

Contenu:  
• 50 Bandelettes  
• Mode d'Emploi

Русский  
Тест-полоски  
Для измерения уровня содержания  
глюкозы в цельной крови с использованием  
глюкометров семейства On Call® Extra.  
Для самодиагностики и профессионального  
использования.  
Только для использования вне тела.

Упаковка содержит:  
• 50 Тест-полосок  
• Инструкцию-вкладыш

العربية  
أشرطة الفحص  
لاختيار نسبة الجلوكوز في الدم بالكامل باستخدام مجهرية  
أجهزة القياس من عائلة On Call® Extra.  
للمراقبة الذاتية والاعتماد المهني.

للإستخدام الخارجي فقط  
المستعملون:  
• أشرطة لفحص الدم  
• نشرة الإستعمال

**On·Call®  
Extra**  
Blood Glucose Test Strips

[REF] O135-10H  
[MODEL] OGS-191



Info Pharma  
Distributeur exclusif

**ACON®**

ACON Laboratories, Inc.  
5650 Oberlin Drive, #340  
San Diego, CA 92121, USA  
[www.aconlabs.com](http://www.aconlabs.com)

EC REP

MDSS GmbH  
Schiffgraben 41  
30175 Hannover, Germany

**On·Call®  
Extra**  
Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in whole blood using  
the On Call® Extra family of Blood  
Glucose meters.

For self testing and professional use.  
Only for use outside the body.

Contents:  
• 50 Test Strips  
• Package Insert



ND

50

30°C

CE 0123

© 2020 ACON Laboratories, Inc.



6 82607155953 4

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