

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M23-0023895

19490

☐ Maladie <sup>N° 2445</sup> ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <sup>2445</sup> Société : <sup>RAM</sup>

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : <sup>K. Bernada JAOUAD</sup>

Date de naissance : <sup>13-07-56</sup>

Adresse :

Tél. : <sup>06 29465865</sup> Total des frais engagés : <sup>1430</sup> Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. OMAR BENMBAREK**  
Médecin Généraliste  
1028, Hay Riad - BOUZNIKA  
Tél : 05.37.64.91.79  
en cas d'urgence : 06 72 43 50 87  
INPE : 061198827

Date de consultation : <sup>13 FEV 2024</sup>

Nom et prénom du malade : <sup>Berrada Jaouad Kabilan</sup> Age : <sup>68</sup>

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

Nature de la maladie : <sup>Diabète - point cul</sup>

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 : <sup>CASA</sup> Le : <sup>16 / 02 / 2024</sup>



Signature de l'adhérent(e) : <sup>[Signature]</sup>

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
13 FEB 2024	C	1	#834	Dr. OMAR BENHARREZ Médecin Généraliste 1028, Hay Riad - BOULEVARD Tél : 05.87.64.91.79 Cas d'urgence : 06 72 43 INPE : 06118882

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	C	1	#B4	<p>Dr. OMAR BENABDELMEKKEJ  Médecin Généraliste  1026 Hay Riad - BOUENNA  Tél : 05 87 64 91 79  en cas d'urgence : 06 72 43 50 87  INPE : 0611 98827</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>SIGMA SANTE SERVICES</b> 49, Cité Boutaina - Bouznika TCE: 00290281500092 <b>062031190</b>	13/02/2024	65,00
	13/02/24	1295,20

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/02/2024	65,00
	13/02/24	1295,20

[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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

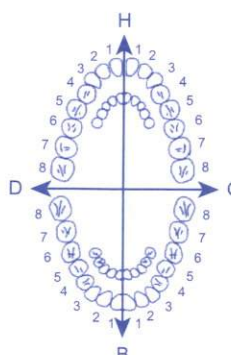
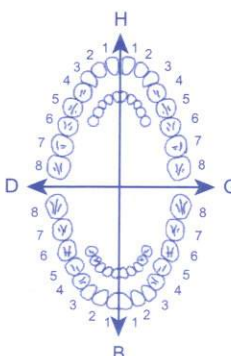
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000         </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>            11433553         </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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>D</th> <th>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<input type="text"/>														
	<input type="text"/>		<input type="text"/>														
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>		<input type="text"/>															
<input type="text"/>		<input type="text"/>															
<input type="text"/>		<input type="text"/>															
<input type="text"/>		<input type="text"/>															
<input type="text"/>		<input type="text"/>															

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
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

Cabinet Dr. Omar Benmbarek

Médecin Généraliste



عيادة الدكتور عمر بنمبارك  
طبيب عام

## Ordonnance

Bouznika le : .....

Nom et prénom : .....  
jaouad kabailou-berrada

• VENTOLINE AE 100µg B200 DOSES AEROSOL 42,20

1-1-1

• VERMOGAL GEL DERMIQUE TUBE 60G 19,00

0-0-1

• DERMOPIX 2% CR 30G CREME 87,00

1 appl \* 2 / jr

• ADDITIVA VITAL B30 COMP 79,00

1-0-0

• DIAFORMINE CO 1000MG B30 COMP 21,00 \* 4 = 84,00

1-0-1

• LANTUS SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS INJECTABLES GM 744,00

• GLEMA CO 3MG B30 COMP 60 \* 4 = 240,00

0-1-0

1295,20

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

المنوان : حي الرياض رقم 1028 بيوزنيقة

الهاتف : 05 37 64 91 79

المحمول في الحالات المستعجلة : 06 72 43 50 87

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

Pharmacie HAY OTHMANE  
Ahmed MANSOUR  
24, Rue Izzi - Lot 35  
Hay Othmane - BOUZNIKA  
Tél : 05 37 74 30 53

Dr. OMAR BENMBAREK  
Médecin Généraliste  
1028, Hay Riad - BOUZNIKA  
Tél : 05.37.64.91.79  
en cas d'urgence : 06.72.43.50.87  
INPE : 06.11.99.82.7

Dr. OMAR BENMBAREK  
Médecin Généraliste  
1028, Hay Riad - BOUZNIKA  
Tél : 05.37.64.91.79  
en cas d'urgence : 06.72.43.50.87  
INPE : 06.11.99.82.7

Dr. OMAR BENMBAREK  
Médecin Généraliste  
1028, Hay Riad - BOUZNIKA  
Tél : 05.37.64.91.79  
en cas d'urgence : 06.72.43.50.87  
INPE : 06.11.99.82.7

PPV: 60DH00  
PER: 09/25  
LOT: M3236

PPV: 21DH00  
PER: 12/26  
LOT: M4313

**sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P1 -  
Ain Sebaa 20250 - Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5  
P.P.V. : 744DH00



6 118001 81615

PPV: 60DH00  
PER: 09/25  
LOT: M3236

PPV: 21DH00  
PER: 11/26  
LOT: M3862

PPC : 79DH00



4 026466 004907

PPV: 60DH00  
PER: 09/25  
LOT: M3236

PPV: 21DH00  
PER: 12/26  
LOT: M4314

04.2025  
L2200505

PPV: 60DH00  
PER: 09/25  
LOT: M3236

PPV: 21DH00  
PER: 12/26  
LOT: M4313

**Dermofix®**  
**crème 2%**

Sertaconazole  
Tube de 30 g

87 D11

**vermogal**  
GEL ANTIPARASITAIRE

PPV 19.00 DH  
LOT L1242 PER 10/26

Lot  
EXP  
PPV

X87K  
04 2025  
42,20 DH



<b>Facture N° FAC-35</b> Date : 12/02/2024	<b>MR KABAILOU BERRADA JAOUAD</b> BOUZNIKA Maroc
---	--

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
CONTOUR PLUS B25 BANDELETTES	1	65,00	3	65,00

Code de TVA	1	2	3	Total HT	54,17 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	10,83 DHS
Montant (DHS)	0	0	10,83	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	65,00 DHS
				<b>Total</b>	<b>65,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante-cinq DHS

SIGMA SANTE SERVICES  
49, Cité Boutaina - Bouznika  
ICE: 002902815000092

# Contour™ plus

کونطور پلاس / کونطور پلاس



25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریطه اختبار  
نوار تست

For use with / A utiliser avec  
l'aspirateur avec l'appareil de mesure / مع دستگاه سنجش قند خون

Contour™ PLUS

Meters / Lecteurs  
کونطور پلاس / کونطور پلاس

REF 84627446

# Contour™ plus

کونطور پلاس / کونطور پلاس

Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie  
شریطه اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریطه اختبار  
نوار تست

NO CODING  
SANS CODAGE



18

7635

# Contour™ plus

کونطور پلاس

Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie  
شریطه اختبار جلوكوز الدم

نوار تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance  
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی

CE 2797



30°C  
0°C



5 016003 763502

© 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 (کونطور) علامة تجارية وعلامة تجارية مسجلة لشركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. شریکت Ascensia Diabetes Care Holdings AG (کونطور) نشان تجاری ثبت شده شریکت Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

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

www.diabetes.ascensia.com

صنعت في الفیباد  
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 تماسی در صفحه آخر راهنمای کاربر مراجعه کنید.

Damoun Tajhiz Teh 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 : info@abiagait.com  
Website : www.abiagait.com  
NAFDAC REG. NO: 03-2234

ASCENSIA  
Diabetes Care

CONTROL N 110-143 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 320-415 mg/dL

LOT DP26QH31F

2024-07

90004659

Rev. 10/19