

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

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° P19- 067979

ND: 32015

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1067979 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Adour dour ELHAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : BENALI WALID

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067979

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 - Tel. : 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° W19-448854

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10642 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Adnour ilham

Date de naissance : 17/03/74

Adresse : Villa 15 Cité 2 Rue Naiti Fleorch
AU Hassan II

Tél. : 0674911777 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/03/20

Nom et prénom du malade : Bernani

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

Nature de la maladie : DiD

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) : Adnour ilham

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
2/3/20		C	Gratuit	INP : 404 109 155 Bla

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MORJANA CASA S.A.R.L.A.U Mme. HAJA NADIA BELHAJ SOULAM Ed 50, 15 Lot Commercial Sidi Maoulouf Tél : 05 42 32 19 31	2/3/20	4.817,00

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS []	
			DATE DU DEVIS []	
			DATE DE L'EXECUTION []	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ENSEMBLE

AVEC L'ENFANT DIABÉTIQUE

NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH



6 118001 121304

Pharmacie MORJA
CASA S.A.R.L.A.U
Mme. HUIAJ NADIA EP. BELHAJ SCULAM
Bo. 60, 15 Lot Communal Sidi Maïmour
Tel. : 05 22 32 19 31



جميعا
مع الطفل السكري

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH



6 118001 081615

ORDONNANCE

Rabat : le : 2/03/20

BENNANI WALID

NOVO RAPID penfill (1 Boite de 5)

10

10

10

$647,00 \times 2$
1.294,00

Novo RAPID

SVSV

Flexe pen (1 B de 5)

$744,00$
3)

Lantus SV

20

SVSV

$170,00 \times 2$
340,00

Aiguille

BD n° 4 (1B)

TSVP

NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH



6 118001 121304

190,00 x 11

5) BANCETTES ~~STIMULANT~~ performe
2090,00 6 x 11 (11 Boites de 50)

80,00
6) bancettes (16)

7) Kérodissix
269,00 1 x 11

8) Glucagen 1mg (1)

traitement de 3 mois

4.817,00

Pharmacie MORJANA
CASA S.A.R.L.A.U
Mme. HIAJ NADIA EP. BELHAJ SOULAM
Bd 50, 15 Lot Communal Sidi Maârouf
Tél. : 05 22 32 19 31

Dr. BELHAJ Nadia
Médecin Pharm
Maison de Santé Médicale
6 Rue ...

PHARMACIE MORJANA S.A.R.L
DR NADIA HJIAJ
BD 50 LOT 15 LOT COMMUNAL SIDI MAAROUF

Tél : 0522321931

Patente N°: 36167883
N° R.C. : 363723
Compte : 129A000000741
CNSS : 6892170
Id.Fiscale : 20710337
ICE : 001687680000039

Le : 02/03/2020

BENNANI WAFID

FACTURE : 87687 du : 02/03/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
11	ACCUCHEK PERFORMA 50BAN	190,00	2 090,00	20,00%
2	BD MICROFINE 4MM	170,00	340,00	20,00%
1	GLUCAGEN 1MG SOL INJ	269,00	269,00	0,00%
1	LANCETTES ON CALL 100UNITE	80,00	80,00	20,00%
1	LANTUS SOLOSTAR 100 UI 5 ST	744,00	744,00	0,00%
2	NOVORAPID FLEX 100UI STYLO	647,00	1 294,00	7,00%
Total TTC			4817,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE MILLE HUIT CENT DIX SEPT DIRHAMS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 013,00	0,00	1 013,00
7.00%	7,00	1 209,35	84,65	1 294,00
20.00%	20,00	2 091,67	418,33	2 510,00
		4 314,01	502,99	4 817,00

Pharmacie MORJANA
CASA S.A.R.L.A.U
Mme. HAJIA NADIA EP. BELHAJ SOULAMI
Bd 50, 15 Lot Communal Sidi Maarouf
Tél. : 05 22 32 19 31

☒ valable 3 mois

Le 02/03/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Bennani Naïma

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Bennani Naïma

Présente

DiD

Nécessitant un traitement d'une durée de :

A vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. B. ...
M. ...
B. ...

ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



Roche

REF

~~DT90.00~~



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-chek.com

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



Roche

REF

~~HT90.00~~



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-chek.com

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



Roche

REF

~~HT90.00~~



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-chek.com

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



Roche

REF

~~HT90.00~~



Roche Diabetes Care GmbH

Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-chek.com

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



Roche

REF

~~HT90.00~~



Roche Diabetes Care GmbH

Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-chek.com

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



Roche

REF

~~HT90.00~~



Roche Diabetes Care GmbH

Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-chek.com

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



Roche

REF

~~DT90.00~~



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-chek.com

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



Roche

REF

~~HT90.00~~



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-chek.com

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



Roche

REF

~~HT90.00~~



Roche Diabetes Care GmbH

Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-chek.com

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connect

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



Roche

REF

~~HT90.00~~



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-chek.com

Made in U.S.A.





BD Micro-Fine Ultra™



3401321104311 1138077

Autotraitement

Boîte de 100 aiguilles pour stylos

Code ACL 2110431 / 3401321104311

REF 325106 (32G x 4mm)

P170.00

m (32G) x 4mm



BD Micro-Fine Ultra™

P170.00



3401321104311 1138077

Autotraitement

Boîte de 100 aiguilles pour stylos

Code ACL 2110431 / 3401321104311

REF 325106 (32G x 4mm)

0,23mm (32G) x 4mm



Promisemed[®]

Blood Lancet

DH 80.00