

# 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.

## Diagnostique 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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](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)

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

N° P19- 053302

63904

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1823 Société : R - A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FARÀ Mohamed

Date de naissance : 05/09/55

Adresse : Ain Chok Rue 129 N° 34

Chablanca

Tél. : 0661978548 Total des frais engagés : 320 MUPRAS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15.04.2021

Nom et prénom du malade : EL FARÀ Mohamed 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 : Chablanca Le : 18 / 03 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
15/04/2021			230,0	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/02/2021	2331,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/02/21	1,000 den	100

# AUXILIAIRES MEDICAUX

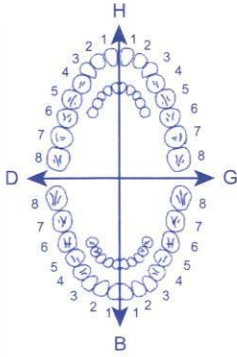
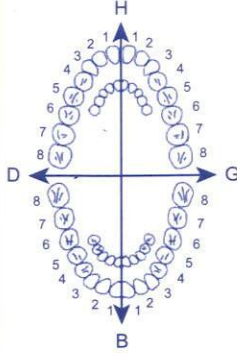
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	17/03/21					520,0

# 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

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"/>															

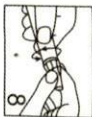
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire  
Diplôme en Diabétologie  
Diplôme en Nutrition Appliquée  
Capacité de Traitement par Pompe à Insuline  
Diplôme en Echographie  
Holter Glycemique

293 Bd. Abdelmoumen, Imm Marjana, 2ème Etage, Appt. N°4 (près du croisement Anoual - Abdelmoumen) - Casablanca  
E-mail : [t.otman@wanadoo.fr](mailto:t.otman@wanadoo.fr) - Tél. : 0522 86 56 34 / 0522 86 41 90 - GSM : 0672 24 33 33





# Verifine®

## PEN NEEDLES

REF IPN-31-8

LOT

512002



2025-01



MT Promed Consulting GmbH  
Altenhofstr. 80 86386 St.  
Ingbert, Germany

**Promisemed®**

PROMISEMED HANGZHOU MEDITECH CO., LTD.  
No.12 Longtan Road, Cangqian Street,  
Yuhang District, Hangzhou City,  
311121 Zhejiang, P.R.C

# Contour™ plus

کونٹور پلاس / کنٹور پلاس



## 25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

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

**CONTOUR™ Plus**

Meters / lecteurs

کونٹور پلاس / (کنٹور پلاس)

REF 84627446

# Contour™ plus

کونٹور پلاس / کنٹور 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



CONTROL N	106-137	mg/dL
CONTROL L	36-47	mg/dL
CONTROL H	314-408	mg/dL
LOT	DP9JQHC33C	
📅	2019-09	
🕒	2021-09	

# Contour™ plus

کونٹور پلاس / کنٹور پلاس



## 25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

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

**CONTOUR™ Plus**

Meters / lecteurs

کونٹور پلاس / (کنٹور پلاس)

REF 84627446

# Contour™ plus

کونٹور پلاس / کنٹور 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



CONTROL N	106-137	mg/dL
CONTROL L	36-47	mg/dL
CONTROL H	314-408	mg/dL
LOT	DP9JQHC33C	
📅	2019-09	
🕒	2021-09	

# Contour™ plus

کونٹور پلاس / کنٹور پلاس



## 25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

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

**CONTOUR™ Plus**

Meters / lecteurs

کونٹور پلاس / (کنٹور پلاس)

REF 84627446

# Contour™ plus

کونٹور پلاس / کنٹور 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



CONTROL N 106-137 mg/dL  
CONTROL L 36-47 mg/dL  
CONTROL H 314-408 mg/dL  
LOT DP9JQHC33C  
2019-09  
2021-09

# Contour™ plus

کونٹور پلاس / کنٹور پلاس



## 25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

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

**CONTOUR™ Plus**

Meters / lecteurs

کونٹور پلاس / (کنٹور پلاس)

REF 84627446

# Contour™ plus

کونٹور پلاس / کنٹور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم  
نوارهای تست قند خون

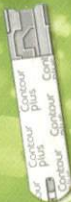
## 25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

**NO  
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N 106-137 mg/dL  
CONTROL L 36-47 mg/dL  
CONTROL H 314-408 mg/dL  
LOT DP9JQHC33C  
2019-09  
2021-09



swissmade 

**Click**fine®

31G mm



**Diamond Tip**



## Easy Flux



## Easy Glide



Universal  
Click



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

**EXAMED**  
LABORATOIRE

S.A.R.L. au Capital de 100.000,00 Dhs - R.C. 121337 - Patente : 32740051 - Ident. Fiscal : 2821353 - ICE : 000079511000007  
Centre Médical Sidi-Othman, Av. 10 Mars, Place de la Prefecture, Sidi Othman - CASA - Tél.: 05 22 59 95 95 - Fax : 05 22 59 95 96

**Taoufik LOUANJLI**  
Pharmacien-Biologiste

2101452

DIS Biologie Médicale  
Biologie de la Reproduction  
Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux.

Nom/Prénom : **Monsieur EL FARA Mohamed**

Casablanca le :16/02/2021

Medecin : **Dr TAZI**

Analyses	Clé	Cotation
CREATININE	B	20
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE	B	100
<b>Montant en Dhs:</b>		<b>100.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de: Cent Dirhams

**EXAMED**  
LABORATOIRE  
TAOUFIK LOUANJLI  
PHARMACIEN-BIOLOGISTE  
CENTRE MEDICAL SIDI-OTHTMAN AV 10 MARS  
PLACE DE LA PREFECTURE SIDI OTHTMAN  
ASA TEL: 05 22 59 95 95 FAX 05 22 59 95 96  
- 0911X 4014

# Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service  
d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycémique

Casablanca le, 15/02/2021

Mr EL FARA Mohamed

HbA1c

Créatinine

**EXAMÉD**  
**LABORATOIRE**  
TAOUFIK LOUANJLI  
PHARMACIEN - BIOLOGISTE  
ENTRÉE MÉDICALE SIDI OTHMAN AV 10 MARS  
31 ALÉ DE LA PREFECTURE SIDI OTHMAN  
ASA TE - 05 22 59 95 95 FAX 05 22 69 96 96  
93000 404

**Docteur Otman TAZI**  
Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition  
293 Bd. Abdelmoumen Imm. Morjana,  
2ème Etage Appt. N°4 - Casablanca  
Tel.: 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34



☐ **valable 3 mois**

Le 15/02/2011

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE</b> <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné(e) <u>AAAA A. A. A.</u>	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>Malade type 1</u>	
Présente <u>Chronicité 03 mois</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>Chronicité 03 mois</u>	
Dont ci-joint ordonnance : <u></u>	
(à défaut noter le traitement prescrit) <u></u>	

# AIR MEDICAL

Vente Matériel Médico-chirurgical

Facture en FRF N° : 21/0220

EL FARA MOHAMED

DATE	CLIENT	PAGE
17/03/2021	E256	1

Mode de reglement :

Réf.	Désignation	Quantité	Prix Uni. TTC	Montant TTC	% TVA
BAN-CONT-P AIG-INSU006:	BANDELETTE CONTOUR PLUS BTE 25	4	70.00	280.00	20.00
	AIGUILLE POUR STYLO A INSULINE	2	120.00	240.00	20.00

BASES HT	REMISE	MT TVA	% TVA	PORT	TOTAUX	TOTAL TTC	ACOMPTE	NET A PAYER
1 433.33	Tx 0.00 0.00	86.67	20.00	0.00 0.00	H.T. : 433.33 T.V.A. : 86.67	520.00	0.00	520.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
cinq cent vingt dirhams

**AIR MEDICAL**  
Hay Mly Abdellah Rue 300  
N° 26 Ain Chock - Casa  
Tél: 05 22 87 27 49  
0668 78 16 26

25 Rue 300 Hay Moulay Abdellah - Ain Chok (En face de l'Hôpital Med Sekkat) Casablanca

Tél: 05 22 87 27 49 Fax: 05 22 50 89 74 - RC: 122121 - IF: 1661210 - Patente: 34043533 - C.N.S.S: 6536778 - ICE: 001535328000064  
Email: air.medical@hotmail.fr

Code Patient : 428691  
Date du prélèvement : 16/02/21  
Dossier édité le : 16/02/2021

**Monsieur Mohamed EL FARA**  
Référence : **160221 538**  
Dr. TAZI

Page: 1/1

**BIOCHIMIE**

Valeurs de référence

Antécédents

**HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) ... : 7,80 / %**  
(Par Technique HPLC, Selon le DCCT/NGSP)

-L'hémoglobine glyquée d'un sujet normal ou d'un  
diabétique équilibré se situe entre 4,2 et 6,5%.  
-L'hémoglobine glyquée d'un sujet diabétique non  
traité ou non équilibré est supérieure à 8,5%.

**CREATININE ..... : 10,2 mg/L (7,0 à 13,0)**  
ou ..... : 89,8  $\mu$ mol/L (44 à 106)

**EXAMED**  
LABORATOIRE  
**Taoufik LOUANJLI**  
Pharmacien - Biologiste  
Centre Médical Sidi Othman, Av. 10 Mars  
Place de la Prefecture - Sidi Othmane - Casablanca  
Tel. : 05 22 59 95 95 - Fax : 05 22 59 95 96

Biologiste