

## 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

- Reclamation : [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)



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-519844

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10609 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MERYM TATBI (Veuve MALIKH Mh. Luc 5

Date de naissance : 1969

Adresse : MALIKH Rue 3 Im 203 Et 2 App 4 INY HAM

Tél. : 0661686169 Total des frais engagés : 5128 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Farida JENNANE  
Professeur de Pédiatrie  
Endocrinologie Diabétologie Gynécologie  
Hôpital - Casablanca - Maroc

Date de consultation : 21/04/2021

Nom et prénom du malade : MARIKH AYA Age : 10 ans

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 : Casablanca Le : 22/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :





[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|  | 21/04/2021 | 3628,00               |
|   | 21/04/2021 | 1500,00               |

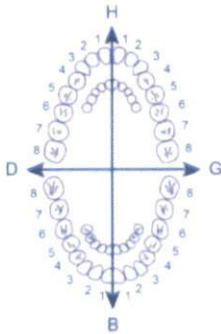
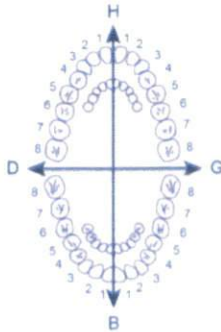
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                      |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|---|---|---------------------|-------------|---|--|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|---|--|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|--|
|    |   |                     |             | Coefficient<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
| <b>Q.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b>  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b>  |                     |             | Coefficient<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                     |             | H   |  | G |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | D |  | B |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/> |
|   | H   |                     | G           |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   | 25533412  | 21433552            |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000            |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   | D   |                     | B           |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000            |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   | 35533411  | 11433553            |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     |             | DATE DU<br>DEVIS <input type="text"/>           |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF**

Dents  
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |   |          |   |
|---|----------|---|----------|---|
|   |          | H |          |   |
|   | 25533412 |   | 21433552 |   |
|   | 00000000 |   | 00000000 |   |
| D |          |   |          | G |
|   | 00000000 |   | 00000000 |   |
|   | 35533411 |   | 11433553 |   |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Farida JENNANE

Professeur de Pédiatrie

Endocrinologie Diabétologie

Gynécologie de l'Enfant et l'Adolescent

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

Hôpital d'Enfant

Casablanca

Contour<sup>TM</sup>  
plus

كونتور بلس / كونتور بلاس

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شريط اختبار  
نوار تست

For use with / A utiliser avec

Contour<sup>TM</sup> Plus

Meters / Lecteurs

كونتور بلس / كونتور بلاس

الدكتورة فريدة جنان

استاذة في طب الأطفال والرعاية  
اختصاصية في أمراض الغدد الصغرى  
والأمراض التناسلية عند الطفل والمرافق  
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى الأطفال  
الدار البيضاء

NOM :

PRENOM :

AGE :

POIDS :

Contour<sup>TM</sup>  
plus

كونتور بلس / كونتور بلاس

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شريط اختبار  
نوار تست

For use with / A utiliser avec

Contour<sup>TM</sup> Plus

Meters / Lecteurs

كونتور بلس / كونتور بلاس

Contour<sup>TM</sup>  
plus

كونتور بلس / كونتور بلاس

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شريط اختبار  
نوار تست

For use with / A utiliser avec

Contour<sup>TM</sup> Plus

Meters / Lecteurs

كونتور بلس / كونتور بلاس



Lecteur de glycémie



Bandelettes



Lancettes



Seringue 0,5 ml microfine plus



Aiguilles microfine plus: 4mm - 5mm - 6mm - 8mm



Bandelettes urinaire à deux paramètres glucose et corps cétonique

Traitement 3 mois

Contour<sup>TM</sup>  
plus

كونتور بلس / كونتور بلاس

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شريط اختبار  
نوار تست

For use with / A utiliser avec

Contour<sup>TM</sup> Plus

Meters / Lecteurs

كونتور بلس / كونتور بلاس



BD Micro-Fine Ultra



340132110431 1138077

Autotraitement

delette réactive à température comprise entre 2°C et 3

libri de la lumière solaire directe et de la chaleur.

de la première ouverture sur le flacon.

ettes réactives et le flacon 3 mois suivant la date de la

isation; assurez vous que le numéro de code affiché sur le lecteur de la glycémie

Sapphire correspond au numéro de code imprimé sur le flacon de bandelettes réactives pour test de glycémie Sapphire.





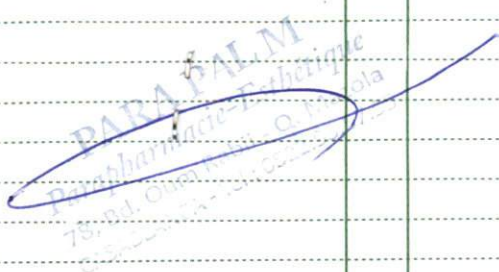


# PARAPALM

Facture N°: 33/21  
Date: 21-04-2021

Client:

M. NARIKH FAHA

| désignation   | Qté | Prix U.H.T  | Montant H.T. | Montant T.T.C |
|---|-----|-------------|--------------|---------------|
| Couton B 25 25<br>Bom de left   |     |             |              | 1500,00       |
|  |     |             |              |               |
| FCE=001082397000023   |     |             |              |               |
| Réglé par: en esp.  |     |             |              |               |
|   |     | Total H.T.  | 1250,00      |               |
|   |     | TVA         | 250,00       |               |
|   |     | Total T.T.C | 1500,00      |               |







# أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : .....

21/04/2021

**MARIKH MAHA**

Age: 10 ans 10 mois 2 jours

Poids: Kg

- **Tresiba FlexTouch**

10 unite le soir  
1 boite unitaire

- **Novorapid flexpen 100 u/ml - solution injectable**

04 unité le matin  
05 unité le midi  
05 unité le soir  
SOIT 4 boites de 5 STYLOS POUR LES 3 MOIS

- **D-cure forte - solution huileuse buvable**

1 ampoule en prise unique  
à refaire dans 1 mois  
puis à 3 mois

**Dr. FOUAD EL ANNANE**  
Professeur de Pédiatrie  
Endocrinologie Pédiatrique  
Dr. El Annane 28 Avenue de la Liberté



# أجبال AJIAL



مصحة الطفل و الرضیع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : .....

21/04/2021

MARIKH MAHA

Age: 10 ans 10 mois 2 jours

Poids: Kg

5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 647 DH



5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 647 DH



5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 647 DH



5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 647 DH



5x3ml  
Tresiba® FlexTouch®  
100 unités/ml  
Solution injectable en stylo prérempli  
Insuline dégludec  
PPV : 1040,00 MAD



• Tresiba FlexTouch

10 unite le soir  
1 boite unitaire

• Novorapid flexpen 100 u/ml - solution injectable

04 unité le matin  
05 unité le midi  
05 unité le soir  
SOIT 4 boites de 5 STYLOS POUR LES 3 MOIS

PHARMACIE EL HASSANI  
Dr. AKOUK EL KARIM  
50-52, Lot 3 Mohammadi Rue 2  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22 90 35 22

Dr. Farida JENNANE  
Professeur de Pédiatrie  
Endocrinologue Pédiatrique  
Endocrinologue Adulte

347, Boulevard Panoramique, Casablanca - Maroc  
Tél. : +212 522 87 81 81 / +212 522 21 00 21 / Fax : +212 522 87 25 00  
direction@clinique-ajjal.ma / [www.clinique-ajjal.ma](http://www.clinique-ajjal.ma)



# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 21/04/2021

**Pré-Facture N° 73464**

Etablie par ZINEB Page 1/1

**Identification**

N° Dossier : X1D215558

MUPRAS

N° Identifiant : 18075096/18

**Nom & Prénom : MARIKH MAHA**

C.I.N. : BE543725

Date Début : 21/04/2021

Date Fin : 21/04/2021

Adresse : CASA

Traitement : Consultation

Médecin : JENNANE FARIDA

**Prestations**

|   | Qté | Prix U. | L.C. | Coef | Montant       |
|---|-----|---------|------|------|---------------|
| <b>MEDICAL</b>                              |     |         |      |      |               |
| Frais clinique                              | 1   | 50,00   |      |      | 50,00         |
| <b>PARTIE CLINIQUE :</b>                    |     |         |      |      | <b>50,00</b>  |
| <b>HONORAIRES MEDICAUX</b>                  |     |         |      |      |               |
| Dr. JENNANE FARIDA (PEDIATRE)               | 1   | 300,00  |      |      | 300,00        |
| <b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b> |     |         |      |      | <b>300,00</b> |
| <b>TOTAL FACTURE</b>                        |     |         |      |      | <b>350,00</b> |

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

*Trois cent cinquante Dirhams*

Cachet et signature



BMCI AGENCE 2 MARS MECHOUAR COMPTE 013780010930003340017148 INPE 090062324

TEL 0522-87-81-81 FAX : 0522-87-25-00 PATENTE 35623273 IF 15243373 ICE 001695598000041