

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.



Declaration de Maladie

N° W21-654198

86674

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELHAMZI Ahmed
 Date de naissance : 31-08-56
 Adresse : 21 rue Sohay Mandaraka Amchek Cas
 Tél. : 0660548528 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Boulay Ahmed El Hamzi Age : 61
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète type 2 hyperthyroïdisme
 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
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : Le : 04 OCT. 2021
 Signature de l'adhérent(e) :
 Signature du médecin :
 ACCUEIL

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.

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
28/09/2021	CE	300 da		INP : 001160082

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALADARISSA Docteur en Pharmacie N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maârouf Tél. 0522 33 52 25 Casablanca	28/09/2021	1583.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

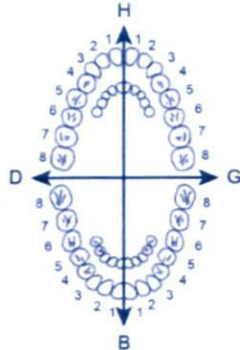
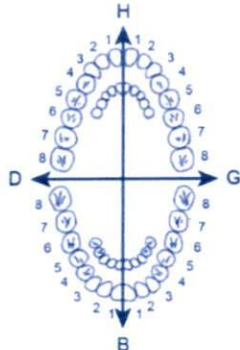
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté

de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie

Thyroïdienne - Université Paris Descartes

28 Septembre 2021

الدكتورة جبري ليلي

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الايض

خريجة كلية الطب بنيس بفرنسا

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

للغة الدرقية

Casablanca, le في الدار البيضاء

M. EL HAMZI MOULAY AHMED

1/ Jardiance 25 mg cp

1 Matin pendant 3 mois

2/ GLUCOPHAGE 1000 MG 30 CPS

1 co Midi pendant 3 mois

3/ LANTUS SOLOSTAR 1 STYLO 100

12 U le soir pd 3 mois

4/ Trajenta 5 mg cp

1 Midi pendant 3 mois au milieu du repas

5/ DIMAZOL 10MG 50 COMP

0.5 co Matin pendant 3 mois

6/ Bandelettes adaptées au lecteur Contour Plus

4 surv/j pd 3 mois

7/ Dolicox 90 mg cp

1 cp/J pd 10 j

صيدلية ابن تيمية
PHARMACIE IBN TIMIA
FOULOUS
Docteur en Pharmacie
119 Lot Al Adarissa Sidi Maârouf
05 22 33 52 25 Casablanca

Dr. JABRI Leila
Spécialiste en Endocrinologie
Maladies Métaboliques
N° 405 - 3ème étage
Bd El Qods, Résidence SAFFA, lotissement Assakan Al Anik, Imm 405 - 3ème étage N° 18 - Casablanca
Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : diabeto.jabri@gmail.com

شارع القدس إقامة الصفا تجزئة المكان الأنيق عمارة 405 رقم 18 الطابق الثالث الدار البيضاء

Bd El Qods, Résidence SAFFA, lotissement Assakan Al Anik, Imm 405 - 3ème étage N° 18 - Casablanca

Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : diabeto.jabri@gmail.com

6 118001 041084
Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)
30 Comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV : 550 DH 00

313854-02

28,00

28,00

28,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
o1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

6 118001 081508

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
o1 sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH

6 118001 081508

6 118001 040773
TRAJENTA® 5 mg
(Linagliptine)
28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A. PPV : 374 DH 00
10010704/01

48,00

PPV : 86DH40
PER : 05/24
LOT : K1300-3

12

7635

ContourTM plus

کونطور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلاوكوز الدم
پوارهای تست قند خونFor self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی

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.

جميع الحقوق © 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG مسجلة. Contour (کونطور) علامة تجارية و علامة تجارية مسجلة لشركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

شركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG © 2016 تمامی حقوق محفوظة. Contour (کنتور) نشان تجاری ثبت شده شرکت Ascensia Diabetes Care Holdings AG است.

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

www.diabetes.ascensia.com

صنع في اليابان

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 تماس در صفحه آخر راهنمای کاربر مراجعه کنید.

Damoun Tajhiz Tech Co.
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,
Valli-e-Ar Ave.
Tehran, 1967865637
Iran
Phone: +98 21 26218306

ABIAGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED
7, MORONU MADUAGWU STREET, SURULERE, LAGOS,
NIGERIA
TELEPHONE: +2348033131500
Email: ahs@abiagait.com
Website: www.abiagait.com
NAFDAC REG. NO: 03-2234

ASCENSIA
Diabetes Care

90004659

Rev. 10/19

ContourTM
plus

کونطور پلاس / کنتور 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
ContourTM PLUS
Meters / Lecteurs
کونطور پلاس / کنتور پلاس

REF 84627446

ContourTM
plus

کونطور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلاوكوز الدم
پوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives
شریط اختبار
نوار تست

NO
CODING
SANS CODAGE



CONTROL N 110-143 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 325-422 mg/dL

LOT DP0KQH32
2022-10

12

7635

ContourTM plus

کونطور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلاوكوز الدم
پوارهای تست قند خونFor self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی

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.

جميع الحقوق © 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG مسجلة. Contour (کونطور) علامة تجارية و علامة تجارية مسجلة لشركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

شركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG © 2016 تمامی حقوق محفوظة. Contour (کنتور) نشان تجاری ثبت شده شرکت Ascensia Diabetes Care Holdings AG است.

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

www.diabetes.ascensia.com

صنع في اليابان

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 تماس در صفحه آخر راهنمای کاربر مراجعه کنید.

Damoun Tajhiz Tech Co.
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,
Vall-e-Ar Ave.
Tehran, 1967865637
Iran
Phone: +98 21 26218306

ABIAGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED
7, MORONU MADUAGWU STREET, SURULERE, LAGOS,
NIGERIA
TELEPHONE: +2348033131500
Email: ahs@abiagait.com
Website: www.abiagait.com
NAFDAC REG. NO: 03-2234

ASCENSIA
Diabetes Care

90004659

Rev. 10/19

ContourTM
plus

کونطور پلاس / کنتور 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
ContourTM PLUS
Meters / Lecteurs
کونطور پلاس / کنتور پلاس

REF 84627446

ContourTM
plus

کونطور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلاوكوز الدم
پوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives
شریط اختبار
نوار تست

NO
CODING
SANS CODAGE



CONTROL N 110-143 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 325-422 mg/dL

LOT DP0KQH32
2022-10