

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Données générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

## Biologie 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.

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041459 12941

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2971 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MEGHARY EL IDRISSI MOHAMED

Date de naissance : 13-11-52

Adresse : Rue Almagas RES PERLA PORTE 4

App 50 Maârif casablanca -

Tél. : 0673401818 Total des frais engagés : 3642 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/1/22

Nom et prénom du malade : EL MEGHARY EL IDRISSI MOHAMED

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète / HTA / Dyslipémie

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 : 18/1/22

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
10/1/2022		30		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/1/2022	3182,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	19/03/22		1			16004

# 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 canalaires, ainsi que le bilan

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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Bennani Abdelilah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE

- DIABETE

- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)

الدكتور بناني عبد الله

عيادة متخصصة في :

- أمراض الغدد الهرمونية

- السكري

- التغذية

(بالموعد)



Casablanca, le :

18 / 1 / 22



me ghery. 2 IMbi' nel

$$196.70 \times 3 = 589.50$$

- November 2

$$393.00 \times 3 = 1179.00$$

$$744.00 \times 1 = 744.00$$

$$150.00 \times 3 = 450.00$$

Invel 300 (Novartan 300)

$$578.00 \times 3 = 1734.00$$

- Torva 10

$$467.00 \times 1 = 467.00$$

- Zylone 100

Bendetett one cell ex 62 1455 < 3,

magilly m. f. 8

Horaire de Consultation:

Lundi - Vendredi : 9h - 17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h

3182,60

160100

433, شارع محمد الخامس, الطابق الثاني, رقم 5 - (قرب ساحه ال ياسر) الدار البيضاء - الهاتف 05 22 40 33 34 / 35

433, Bd. Mohammed V, 2<sup>ème</sup> Etage Appt N° 5 - (à côté du Rond Point Albert 1<sup>er</sup>) Casablanca - Tél./Fax : 05.22.40.33.34 / 35

GSM : 06 63 08 09 47 Email abdel.benn@hotmail.fr

INP : 09 10 244 89



Chaque comprimé contient du phosphate de sitagliptine monohydraté équivalent à 100 mg de sitagliptine.  
Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
Conserver à une température inférieure à 30°C

**Januvia® 100 mg**  
comprimés pelliculés  
MSD

**RESPECTER LES DOSIMES PRESCRITS**  
LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

**Fabricants :**  
Merck Sharp & Dohme Ltd.  
Shotton Lane, Cramlington  
Northumberland NE23 3JU  
Royaume-Uni  
Merck Sharp & Dohme B.V.  
Waarderweg 39  
2031 BN Haarlem  
Pays-Bas  
**Titulaire de l'AMM au Maroc**  
Merck Sharp & Dohme  
166, 168 Bd Zerkouni  
Casablanca- Maroc



**JANUVIA® + GROSSESSE**  
**= DANGER**  
**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique**

P.P.V: 393,00 DH.  
Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

Chaque comprimé contient du phosphate de sitagliptine monohydraté équivalent à 100 mg de sitagliptine.  
Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
Conserver à une température inférieure à 30°C



**Januvia® 100 mg**  
comprimés pelliculés  
MSD

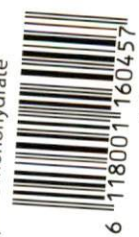
**RESPECTER LES DOSIMES PRESCRITS**  
LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

**Fabricants :**  
Merck Sharp & Dohme Ltd.  
Shotton Lane, Cramlington  
Northumberland NE23 3JU  
Royaume-Uni  
Merck Sharp & Dohme B.V.  
Waarderweg 39  
2031 BN Haarlem  
Pays-Bas  
**Titulaire de l'AMM au Maroc**  
Merck Sharp & Dohme  
166, 168 Bd Zerkouni  
Casablanca- Maroc



**JANUVIA® + GROSSESSE**  
**= DANGER**  
**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique**

P.P.V: 393,00 DH.  
Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ



Chaque comprimé contient du phosphate de sitagliptine monohydraté équivalent à 100 mg de sitagliptine.  
Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
Conserver à une température inférieure à 30°C

Shotton Lane, Cramlington  
Northumberland NE23 3JU  
Royaume-Uni  
Merck Sharp & Dohme B.V.  
Waarderweg 39  
2031 BN Haarlem  
Pays-Bas  
**Titulaire de l'AMM au Maroc**  
Merck Sharp & Dohme  
166, 168 Bd Zerkouni  
Casablanca- Maroc



**JANUVIA® + GROSSESSE**  
**= DANGER**  
**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique**

P.P.V: 393,00 DH.  
Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ



NovoNorm®  
2mg  
90 comprimés  
PPV: 196 DH 50



NovoNorm®  
2mg  
90 comprimés  
PPV: 196 DH 50



NovoNorm®  
2mg  
90 comprimés  
PPV: 196 DH 50



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus 100U/ml, inj b6 sty  
P.P.V : 744,00 DH



IRVEL 300 mg  
28 comprimés pelliculés



IRVEL 300 mg  
28 comprimés pelliculés



IRVEL 300 mg  
28 comprimés pelliculés



إيرفل  
300 mg

إيرفل  
300 mg

إيرفل  
300 mg

150,00

150,00

150,00

LOT 212184  
EXP 09 2025  
PPV 46.70 DH

aspén

ZYLORIC 100 mg

Bolte de 100 comprimés  
A.M.M. N° 63 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



LOT : 1100  
PER : 10/23  
PPV : 57,80 DH

قرصا 30  
مغلغا

عن طريق الفم

TORVA<sup>®</sup> 10 10 mg  
30 Comprimés Pelliculés



LOT : 1100  
PER : 10/23  
PPV : 57,80 DH

قرصا 30  
مغلغا

عن طريق الفم

TORVA<sup>®</sup> 10 10 mg  
30 Comprimés Pelliculés



TORVA<sup>®</sup> 10 10 mg  
30 Comprimés Pelliculés



عن طريق الفم

LOT : 1100  
PER : 10/23  
PPV : 57,80 DH

قرصا 30  
مغلغا

# On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

[REF] G135-10H  
[MODEL] OGS-191



Info Pharma  
Distributeur exclusif

**ACON®**

ACON Laboratories, Inc.  
5850 Oberlin Drive, #340  
San Diego, CA 92121, USA

www.aconlabs.com

[EC] [REP]

MDSS GmbH  
Schiffgraben 41  
30175 Hannover, Germany

# On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in whole blood using  
the On Call® Extra family of Blood  
Glucose meters.  
For self testing and professional use.  
Only for use outside the body.

- Contents:
- 50 Test Strips
  - Package Insert



CE 0123

© 2020 ACON Laboratories, Inc.



INFO PHARMA  
10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: + 212 5 22 22 34 07  
+ 212 5 22 22 12 55  
Fax: + 212 5 22 22 12 55

# On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

LOT 1190981  
2023-01-04

# On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

50

**English**  
**Blood Glucose Test Strips**  
For testing glucose in whole blood using the  
On Call® Extra family of Blood Glucose  
meters.  
For self testing and professional use.  
Only for use outside the body.  
Contents:  
• 50 Test Strips  
• Package Insert

**Français**  
**Bandelettes pour test de glycémie**  
Pour l'analyse de glucose dans le sang total  
à l'aide de la famille de Glycomètres On  
Call® Extra.  
A usage individuel et professionnel.  
Uniquement pour usage en dehors du corps.  
Contenu:  
• 50 Bandelettes  
• Mode d'Emploi

**Русский**  
**Тест-полоски**  
Для измерения уровня содержания  
глюкозы в цельной крови с использованием  
глюкометров семейства On Call® Extra.  
Для самонаблюдения и профессионального  
использования.  
Только для использования вне тела.  
Упаковка содержит:  
• 50 Тест-полосок  
• Инструкцию-вкладыш

**العربية**  
**أشرطة الفحص**  
لأختبار نسبة الجلوكوز في الدم بأكمل باستخدام مجموعة  
On Call® Extra الخاصة بمقياس سكر الدم.  
للاستخدام الفردي والاحترافي.  
فقط  
50 أشرطة الفحص  
• نشرة التمرية

REBOURSE  
par la  
MUTUELLE



# SAE El 1

Santé Beauté Médicale

**BON DE LIVRAISON N° : 2022007181**

ELMEGHARY ELIDRISSI MED

Code Client : 006592

Casablanca le, 19/01/2022

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Montant	Tva
682607559534	ON CALL EXTRA BAND/50	1	160.00	160.00	20.00%

**SABEM**  
RECEPTION  
20, Rue Alghadfa Maarif  
Casablanca  
Tél.: 05 22 98 42 76

133.33	20 %	26.67

TOTAL H.T.	133.33
TOTAL T.V.A.	26.67
TOTAL T.T.C.	160.00



☒ **valable 3 mois**

18/1/22  
Le ...../...../20.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)