

# 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.

## 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.

## Educational :

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.

## Maladie :

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 065480

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0704 Société : ND 2973

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SARANE Abdelhak

Date de naissance : 1/1/47

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661230724 Total des frais engagés : 1688 DH - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/2022

Nom et prénom du malade : SARANE Abdelhak Age :

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

Nature de la maladie : Diabète + Affection thyroïdienne

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 : Cas Le : 01/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autonisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/02/22        |                   |                       |                                 | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |

**Docteur Otman TAJE**  
 Endocrinologie - Diabétologie  
 Nutrition  
 293 Bd Abdelmoumen, Imm. Morjana,  
 Casablanca  
 Tél : 05 22 20 39 39 - 05 22 86 56 34

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 01-02-22 | 722,10                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

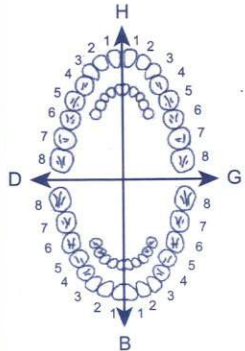
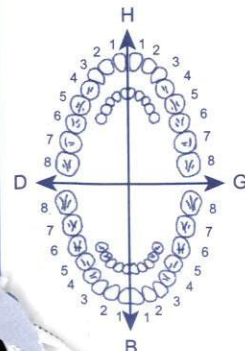
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  | 01/02/22       |        |    |    |    | 960,00                          |

# 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

| 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<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX<br>MONTANTS DES SOINS<br>DATE DU DEVIS<br>DATE DE L'EXECUTION |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France

Diplômé en 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

Omnipraticien Diplômé de la faculté de Monastir

Holter Glycemique

Membre de la société Française d' Endocrinologie

Casablanca le, 01/02/2022

Mr BADRANE Abdelhak

GLUCOPHAGE 1000 MG

1 comprimé, matin et soir au milieu ou après repas (pendant 06 mois)

THYROZOL 10 mg

1/2 comprimé le matin (pendant 06 mois)

Bandelettes

2 contrôles par jour (pendant 06 mois)

DIAMICRON 60 mg

1 comprimé le matin (pendant 06 mois)

pelliculé sécable, Boîte de 30

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

PPV : 50,10 Dhs

pelliculé sécable, Boîte de 30

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

78,70

78,70

78,70

Docteur Otman TAZI  
Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition  
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,  
Casablanca  
Tél : 0522 86 56 34 / 0522 86 41 90 - GSM : 0672 24 33 33

# On Call® Vivid

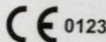
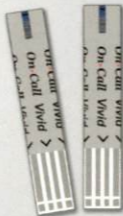
## Blood Glucose Test Strips

**50**

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

### Contents:

- 50 Test Strips
- Package Insert



© 2020 ACON Laboratories, Inc.



# On-Call® Vivid

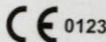
## Blood Glucose Test Strips

**50**

For testing glucose in whole blood using the *On-Call® Vivid* Blood Glucose meters. For self testing and professional use. Only for use outside the body.

### Contents:

- 50 Test Strips
- Package Insert



© 2020 ACON Laboratories, Inc.



# On Call® Vivid

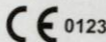
## Blood Glucose Test Strips

**50**

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

### Contents:

- 50 Test Strips
- Package Insert



© 2020 ACON Laboratories, Inc.



# On-Call® Vivid

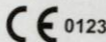
## Blood Glucose Test Strips

**50**

For testing glucose in whole blood using the *On-Call® Vivid* Blood Glucose meters. For self testing and professional use. Only for use outside the body.

### Contents:

- 50 Test Strips
- Package Insert



© 2020 ACON Laboratories, Inc.



# On-Call® Vivid

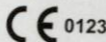
## Blood Glucose Test Strips

**50**

For testing glucose in whole blood using the *On-Call® Vivid* Blood Glucose meters. For self testing and professional use. Only for use outside the body.

### Contents:

- 50 Test Strips
- Package Insert



© 2020 ACON Laboratories, Inc.



# On-Call® Vivid

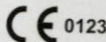
## Blood Glucose Test Strips

**50**

For testing glucose in whole blood using the *On-Call® Vivid* Blood Glucose meters. For self testing and professional use. Only for use outside the body.

### Contents:

- 50 Test Strips
- Package Insert



© 2020 ACON Laboratories, Inc.



# ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° :

FC2200654

MR. BADRANE ABDELHAK

ESP

| Date     | CLIENT   | PAGE |
|----------|----------|------|
| 03/02/22 | 34210475 | 1    |

| Référence commande N° | Representant | Mode d'expédition | Mode de règlement |
|-----------------------|--------------|-------------------|-------------------|
| ESP                   | 20AOUT       | NONE              |                   |

| Référence  | Qté | Désignation                   | TVA | P.U TTC | Mt TTC |
|--|-----|-------------------------------|-----|---------|--------|
| G135.102   | 6   | BANDELETTE ON CALL VIVID B/50 | 20% | 160,00  | 960,00 |
| <p>ORLIMEDIS NEGOCE SARI<br/>Agence 20 Août<br/>N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun<br/>et Rue de la Place - Casablanca<br/>Tél. : 05 22 20 39 39 / 05 22 20 65 65</p> |     |                               |     |         |        |

| MT HT  | TVA | MT TVA |
|--------|-----|--------|
| 800,00 | 20% | 160,00 |

| Total HT | Mt TVA | Total TTC |
|----------|--------|-----------|
| 800,00   | 160,00 | 960,00    |

Arrêtée la présente facture à la somme de:

960,00

DHs



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Docteur Otman TAZI  
Endocrinologie - Diabétologie  
le 01/09/2011

293 Rd. Abdelmoumen, Imm. Morjana,  
2ème Etage, Appt. N° 4 Casablanca  
Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

|   |
|---|
| Je soussigné: <u>Dr M. Otman</u>  |
| Certifie que M <sup>lle</sup> , M <sup>me</sup> , M: <u>R. BADRAVE Abdelheh</u> |
| Présente <u>Dr M. Otman</u>   |
| Nécessitant un traitement d'une durée de: <u>5 ans renouvelable</u>             |
| Dont ci-joint l'ordonnance.....   |
| (A défaut noter le traitement prescrit).....                                    |

(✓) : valable 6 mois

Docteur Otman TAZI  
Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition

293 Rd. Abdelmoumen, Imm. Morjana,  
2ème Etage, Appt. N° 4 Casablanca  
Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76