

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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 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)

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)**



## Déclaration de Maladie

N° P19-0047414

MUPRAS  
RECEPTION 9

104179

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02602 Société : retraite Roms

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUFRUH DRISS

Date de naissance : 30 Avril 1953

Adresse : H-282 - BT. EL qua Fa Ani -

DERVOA

Tél. : 0642404633 Total des frais engagés : 11050,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 / 02 / 2022

Nom et prénom du malade : Moufruh Driss

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dte + HTA

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 : Dervosa

Le : 14 / 02 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

# 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
14/02		22	150,00	
	ECG		100,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14-02-22	250,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

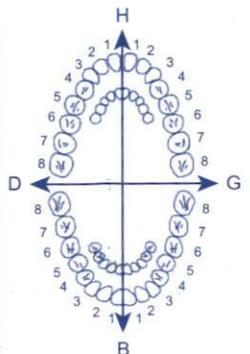
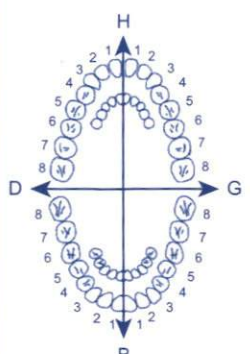
Cachet et signature • du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
•						

# 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

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</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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

**Dr Hamza JAMI**

OMNIPRATICIEN

lauréat de la faculté de médecine  
et de pharmacie Casablanca

Ancien medecin interne  
au CHP Ben M'sik



الدكتور حمزة جامي

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء

طبيب داخلي سابق

بالمركز الإستشفائي بن امسيك

Deroua le 14/02/2022 : الدروة في :

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. S. JAMMOUNI  
Imm. 94 Lot ALWAHDA 2  
Tel: 0522 51 47 00

M. Moufrik Driy

164.70 x 3

1. Tripl. x an 10, 2, 5, 5

(S.V)

2. 15.00 x 31 gy.

(S.V)

3. 60.60 x 31 gy.

(S.V)

4. Metformin - 1000

(S.V)

1 - 1

ON collect (B 50)

6/6 (Ancient standard)

د. حمزة جامي - 2022

252 1er étage, lot ALWAHDA 2 en face du labo d'analyses médicales Deroua.

Tel : 0522 036 000 : الهاتف

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. S. JAMMOUNI  
Imm. 94 Lot ALWAHDA 2  
Tel: 0522 51 47 00

Dr. Hamza JAMI  
Généraliste  
0522 51 47 00  
0522 51 47 00

48,00

48,00

48,00

AMM n° 50317 DM/P21 NNP  
60020668103001



6 118001 130313  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 164,70 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

AMM n° 50317 DM/P21 NNP  
60020668103001



6 118001 130313  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 164,70 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

AMM n° 50317 DM/P21 NNP  
60020668103001



6 118001 130313  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 164,70 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

LOT : 21E002  
PER : 07 2024

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V : 60DH40



6 118000 060031

LOT : 21E002  
PER : 07 2024

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V : 60DH40



6 118000 060031

LOT : 21E002  
PER : 07 2024

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V : 60DH40



6 118000 060031

LOT : 21E002  
PER : 07 2024

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V : 60DH40



6 118000 060031

LOT : 21E002  
PER : 07 2024

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V : 60DH40



6 118000 060031

# 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

**Русский**  
**Test-poloski**  
Для измерения уровня содержания глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров семейства On·Call® Extra.  
Для самодиагностики и профессионального использования.  
Только для использования вне тела.  
**Упаковка содержит:**  
• 50 Test-poloski  
• Инструкция-вкладыш

**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

**العربية**  
**أشرطة الفحص**  
لاختبار نسبة الجلوكوز في الدم بتكامل باستخدام مجموعة لأشرطة الخاصة بمقاييس سكر الدم On·Call® Extra.  
لمراقبة السكر في الدم للفحص الذاتي والاستخدام المهني.  
للإستخدام الخارجي فقط.  
المحتويات:  
• 50 أشرطة الفحص  
• نشرة المزمة

# On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

REF G135-10H  
MODEL OGS-191

 **Info Pharma**  
Distributeur exclusif

**ACON®**

ACON Laboratories, Inc.  
6850 Oberlin Drive, #340  
San Diego, CA 92121, USA  
[www.aconlabs.com](http://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



50 2°C



38°C

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 47 45 92



**MUPRAS**

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



**valable 3 mois**

Le 14.02/2024

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Moufida Driss

Présente

un diabète type 2 + HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

2 ans

Dont ci-joint ordonnance :

à défaut noter le traitement prescrit

Triptexan 10, 25, 5

Amel 24

Siir cor 2g

Metformine 1000

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-2045-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage, Casablanca

# LA PHARMACIE REGIONALE

DEROUA

## FACTURE

Pour Mr : M. Moufrik Driss

Facture N° : 104137

Date : 14.02.22

Art	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant
1	ou. cap Extra B50.	2	150,00	300,00

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUN  
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA  
Tél: 05 22 51 47 07  
INPE : 06 20 74 810

Montant	300,00
T.V.A	
TOTAL T.T.C	1117

Arrête la présente facture à la somme de :

10 mm/mv 0.50Hz-75Hz AC 50Hz 25mm/s 2022-02-14 09:40

I

II

III

Rhy II

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5


V6



82

HOSPITAL:

DOCTOR:

ID : 2202140000  
NAME : *Moufr. 70 Dr. S.* /  mmHg  
AGE : yr SEX :  
HEIGHT : cm WEIGHT : kg

HR : 82 bpm

P Dur : 87 ms

PR int : 153 ms

QRS Dur : 88 ms

QT/QTc int : 342/401 ms

P/QRS/T axis : 83/83/74 °

RV5/SV1 amp : 1.168/1.246 mV

RV5+SV1 amp : 2.414 mV

RV6/SV2 amp : 0.771/1.666 mV

*Dr. Moufr. 70*  
**Dr. Moufr. 70**  
**Médecin Généraliste**  
**0522 036 000**  
**ALWANDA**  
**Tel : 0522 036 000**