

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

- 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-769480

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2226 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraite

Nom & Prénom : ELHAMZI MY Ahmed

Date de naissance : 31-08-56

Adresse : 21 rue 50 hwy Maudarona Kuchock

Tél. : 0660548528 Total des frais engagés : 2010,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. JABRI LEILA
Spécialiste en Endocrinologie
abstol
métaboliques
3ème Etage
Rue Mohammed VI - Casablanca
Tél. : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 8/11/2012

Nom et prénom du malade : EL HAMZI MY Ahmed Age : 66 ans

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

Nature de la maladie : diabète type 2 - diabète sucré

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 : Casa Le : 08/11/12

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation 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
8/11/2022	C2		3000	INP: 09/11/2022 DR. JABRI

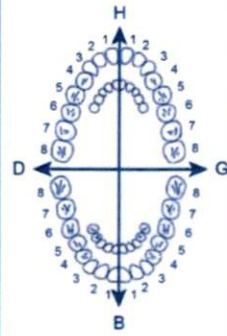
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
4	08/11/2022	X

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES	Traitées	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX 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'EXECUTION

Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté

de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie

Thyroïdienne - Université Paris Descartes

08 Novembre 2022

الدكتورة جبري ليلي

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الأيض

خريجة كلية الطب بنيس بفرنسا

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

للغدة الدرقية

Casablanca, leالدار البيضاء في

M. EL HAMZI MOULAY AHMED

550,00

28 x 2

152,6 x 3

48,00

68,00 x 3

98,40 x 3

700,00 x 3

3 cp, 2 mg

1/ Jardiance 25 mg cp

1 Matin pendant 2 mois

2/ GLUCOPHAGE 1000 MG 30 CPS

1 co Midi pendant 2 mois

3/ LANTUS SOLOSTAR 1 STYLO 100

14 U le soir pd 2 mois

4/ Trajenta 5 mg cp

1 Midi pendant 2 mois au milieu du repas

5/ DIMAZOL 10MG 50 COMP

0,5 co Matin pendant 2 mois

6/ Bandelettes adaptées au lecteur Contour Plus

4 surv/j pd 3 mois

7/ Apidra solostar 3 stylos

8/ Aiguilles BD microfines + 4 mm 1 Boite

صيدلية ابن نعيم
PHARMACIE IBN NAIMIA
FOULCART
Docteur JABRI Leila
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie
Maladies Métaboliques
N° 119 Lot Al Adnan - Casablanca
Tél: 05 22 50 66 06

T: 1710.70

Dr. JABRI LEILA
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie
Maladies Métaboliques
N° 119 Lot Al Adnan - Casablanca
Tél: 05 22 50 66 06

شارع القدس إقامة القضاة السكن 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
BOTTUS.A. PPV : 550 DH 00

28,00

28,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH



48,00

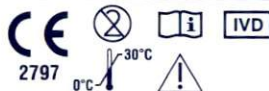
7635

Contour™ plus

کونطور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

For 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 محفوظة. Contour (كنتور) علامة تجارية و علامة تجارية مسجلة لشركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

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

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

www.diabetes.ascensia.com

صنع في ألمانيا

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.

Darmoun Tajhiz Teb Co.
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,
Vall-e-Asr 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

Contour™ plus

کونطور پلاس / کنتور پلاس

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شرائط اختبار
نوار تست

For use with / A utiliser avec
لاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با

استعدادهای تست قند خون
Contour™ PLUS
Meters / lecteurs
کونطور پلاس / کنتور پلاس

REF 84627446

Contour™ plus

کونطور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شرائط اختبار
نوار تست

NO CODING
SANS CODAGE



CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LGT DP1LQHC31B

2023-11

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	EL HAMZI MY Ahmed
Matricule :	2226
N° CIN :	B294826
Adresse :	21 rue 50 hay Nanderona Ain chek
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr Jabri Leila
Spécialité :	Endocrinologie, diabétologie
N° ICE :	
N° INPE :	INPE : 001166082
* Certifie que Mlle, Mme, M. : M. El Hamzi Moulay Ahmed	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input checked="" type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Diabète Type 2. connu depuis 28 ans + goitre nodulaire Toxique sous Traitement.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casa le 8/11/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
 <p>DR. JABRI LEILA Spécialiste en Endocrinologie diabétologie Rés. N° 11111111 1er Etage Sd. El Oussayeb - Casablanca Tél : 05 22 60 60 06 INPE : 091166082</p>	



* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées