

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 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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0050276

152560

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2226

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraite

Nom & Prénom :

EL HAMZI MY Ahmed

Date de naissance :

31-08-56

Adresse :

21 rue 50 hay Mandarona

Vik check Para

Tél :

0660548528

Total des frais engagés :

3196

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03/03/2023

Nom et prénom du malade :

Moulay Ahmed El Hamzi

Age :

66

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

03/03/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
03/03/23	C.S	1	300 DA	<div> <div> </div> <div> </div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div> </div> <div> </div> </div>	03/03/23	2895,-

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>	<div> <div> </div> <div> </div> </div>	<div> <div> </div> <div> </div> </div>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<div> <div> </div> <div> </div> </div>	<div> <div> </div> <div> </div> </div>	<div> <div> </div> <div> </div> </div>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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

03 Mars 2023

الدكتورة جبري ليلى

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الأيض

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/ galvus met 50/1000

1 co Midi

1 cp le soir pendant 3 mois

3/ LANTUS SOLOSTAR 1 STYLO 100

16 U le soir pd 3 mois

4/ coplavix 1 cp /j 3 mois

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/ Apidra solostar 6-6-3 3 mois

8/ Aiguilles BD microfines + 4 mm 1 Boite

صيدلية ابن تيمية
PHARMACIE IBN TAIMIA
FOULOU Abderrahim
Docteur en Pharmacie
N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maârouf
Tél 0522 33 52 25 Casablanca

Dr. JABRI LEILA
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie
Rés. S. El Oud
Bd. El Oud 22 50 66 06
NPE : 091166062

شارع القدس إقامة الصفا تجزئة السكن الانيق 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 : 479 DH 00

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

Lantus® Sol
100 Unités/ml
solution injectable en stylo
insuline glargine

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 744DH00

6 118001 081615

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V. : 270,00 DH

6 118001 082018

48,00

Apidra® Sol
solution injectable en stylo

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 439DH00

6 118001 081639



© 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.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. جميع الحقوق محفوظة. CONTOUR (كونتور) علامة تجارية وعلامة تجارية مسجلة لشركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 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.

Damoun Tajhiz Teh 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

25

Test Strips
Bandelettes
réactives
شريط اختبار
نوار تست

For use with / A utiliser avec
للتستخدم مع أجهزة قياس / جهت استفاده با
مستلزمات التي تست قند خون
CONTOUR™ PLUS
Meters / lecteur
كونتور بلص / (كونتور بلاس)

REF 84627446

Contour™
plus

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

25

Test Strips
Bandelettes
réactives
شريط اختبار
نوار تست

NO
CODING
SANS CODAGE



CONTROL N 108-141 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 324-421 mg/dL

LOT D P2BQHC33B

2024-02

20

7635

Contour™ plus

كونتور بلص / كونتور بلاس
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

CE
2797

30°C
0°C



IVD



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.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. جميع الحقوق محفوظة. CONTOUR (كونتور) علامة تجارية وعلامة تجارية مسجلة لشركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 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.

Damoun Tajhiz Teh 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

25

Test Strips
Bandelettes
réactives
شريط اختبار
نوار تست

For use with / A utiliser avec
للتستخدم مع أجهزة قياس / جهت استفاده با
مستشبات نوار تست قند خون
CONTOUR™ PLUS
Meters / lecteurs
كونتور بلص / (كونتور بلاس)

REF 84627446

Contour™ plus
كونتور بلص / كنتور بلاس

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

25

Test Strips
Bandelettes
réactives
شريط اختبار
نوار تست

NO CODING
SANS CODAGE



CONTROL N 108-141 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 324-421 mg/dL

LOT D P2BQHC33B

2024-02

20

7635

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلاس
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

CE
2797

30°C
0°C



IVD



5 016003 763502

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cent Trente Six Dirhams.