

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0048258

196312

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1864 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : KOUTANI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse : CITE MASSANI Raja 528 N°947 Casablanca

Tél. 0529992121 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/02/2024

Nom et prénom du malade : Mr. Koutani Mohamed

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
14/02/24		C <sub>2</sub>	25000 45	DR. TALEB ERROUDA Spécialiste en Pédiatrie Maladies Infectieuses 14-16-18 rue Pasteur 91000 Evry-Courcouronnes France 01 69 70 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/02/24	1045,30
	14/02/24	150,00

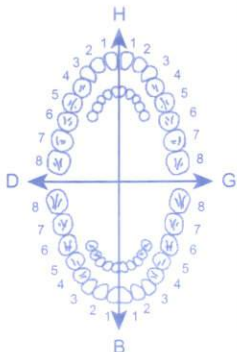
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

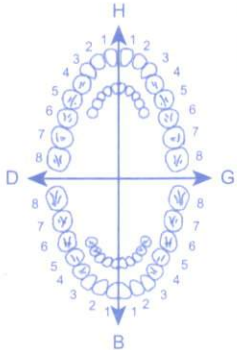
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### 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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b>      <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 de l'ODF.**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Fatima Ezzahra  
TALEB EL HOUDA



د. فاطمة الزهراء  
طالب الهدى

SPÉCIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE,  
MALADIES MÉTABOLIQUES ET NUTRITION

اختصاصية في أمراض الغدد، داء السكري،  
أمراض الأيض و التغذية

- Diplômée de la Faculté de Médecine, Casablanca.
- Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca.
- Diplôme Universitaire d'Endocrinologie et Métabolismes de la transition, Paris.

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء.
- طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء.
- مبلوم جامعي في أمراض الغدد و الأيض أثناء الالتحاق إلى مرحلة البلوغ، باريس.

Casablanca Le :

14/10/2012 4

## ORDONNANCE MÉDICALE

Me Karsede Fatima

479,30 x2

Jardiance 10mg

1apli

Levothyrox 25mcg

1apli

Reman 30aboun

quat  
phitaj

3mg x4

87,30

Dermoh + Cuem

1apli

102,30

mpagliflozine)  
mprimés pelliculés

PPV : 479 DH 00

6 118001 041077

Jardiance® 10 mg  
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A PPV : 479 DH 00

6 118001 041077

Jardiance® 10 mg  
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A PPV : 479 DH 00

87,30

11,30

11,30

11,30

11,30

11,30

11,30

11,30

11,30

11,30

11,30

11,30

11,30

05 22 10 41 59

elhouda.taleb@gmail.com



N°48, 1er étage, Rue 2, Rond Point  
Chahdia, Oulfa, Casablanca

T2 1045,30

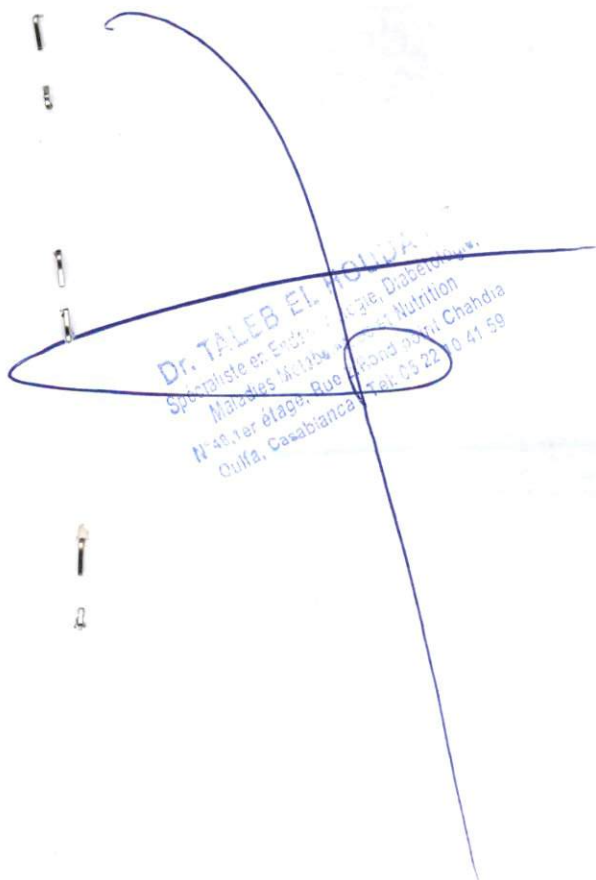


47 CD Nov 20 Sept 12.

1 cplj

lsssi

3us









**On Call Plus**  
Blood Glucose Test Strips

**REMBOURSÉ**  
par la  
**MUTUELLE**

Bandelietjes de Glycemie

Pour mesurer le glycémie dans le sang total en utilisant les glucomètres On Call Plus et On Call EZ II.

Uniquement pour usage en dehors du corps.

Contenu:  
• 25 Bandelietjes

• Carte à Puce

• Mode d'Emploi

**Русский**

Для определения глюкозы в капле крови с помощью глюкометра глюкометр On Call Plus и On Call EZ II.

Использование только для индивидуального применения.

**Українська компанія:**

• 25 test-чипів

• Інструкція-вміст

• Карточка пам'яті

• 25 тест-чипів

• Інструкція-вміст

**On Call Plus**  
Blood Glucose Test Strips

REF: 0133-118

**On Call Pharma**  
Distributeur exclusif

**ACON**  
ACON Laboratories, Inc.  
5850 Oberlin Drive, #340  
San Diego, CA 92121, USA  
[www.aconlabs.com](http://www.aconlabs.com)

MDSS GmbH

Schiffgraben 41

30175 Hannover, Germany

**On Call Plus**  
Blood Glucose Test Strips

**25**

For testing glucose in whole blood using the On Call Plus and On Call EZ II blood glucose meters.

For self testing and professional use.

Only for use outside the body.

Contents:  
• 25 Test Strips

• Code Chip

• Package Insert



CE 0123



INFO PHARMA  
10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: + 212 5 22 22 34 07  
Fax: + 212 5 22 47 45 92

**On Call Plus**  
Blood Glucose Test Strips

1130389402



Dr. Fatima Ezzahra  
**TALEB EL HOUDA**



د. فاطمة الزهراء  
**طالب الهدى**

**SPÉCIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE,  
MALADIES MÉTABOLIQUES ET NUTRITION**

إختصاصية في أمراض الغدد، داء السكري،  
أمراض الأيض و التغذية

- Diplômée de la Faculté de Médecine, Casablanca.
- Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca.
- Diplôme Universitaire d'Endocrinologie et Métabolismes de la transition, Paris.

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء.
- طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء.
- دبلوم جامعي في أمراض الغدد و الأيض أثناء الانتقال إلى مرحلة البلوغ، باريس.

Casablanca Le : 14/02/24

## ORDONNANCE MÉDICALE

Mr Kassek Fahim

↳ Banselets glycémiques

2 x 75,00 = 150,00

2 à 3 fois

30

**PARA 4 YOU**  
Casablanca  
Tél.: 05 22 89 09 85

DR. TALEB EL HOUDA FZ  
Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,  
Maladies Métaboliques et Nutrition  
N°48, 1er étage, Rue 2, Rond Point Chahdia  
Oulfa, Casablanca. Tél.: 05 22 10 41 59



05 22 10 41 59



elhouda.taleb@gmail.com



N°48, 1er étage, Rue 2, Rond Point  
Chahdia, Oulfa, Casablanca



# PARA4YOU

FACTURE N° FA 20240214

DATE : 14/02/2024

CLIENT: Mme KASSEDE FATIMA

Bd Ibnou Sina N° 8 Résidence Assaada, Hay Hassani .

Tel : 0522890985 E-mail : para4you1@gmail.com

Casablanca

MAROC

DESIGNATION	Qté	P.U/DH	TOTAL
BANDELETTES ON-CALL PLUS/25	2	75,00	150,00

**PARA4YOU**  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 09 85

**TOTAL à payer/DH**

**150,00**

Arretée la presente facture à la somme de CENT CINQUANTE DIRHAMS

SARL AU CAPITAL SOCIAL : 200.000,00 DH - I.F : 40215764

CNSS : 8484595 - PATENTE : 37988931 ICE:000222230000016



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

KOUTANI MOHAMED

Matricule :

1864

N° CIN :

B-79683

Adresse :

CITE HASSANI Raja 528- No 947 CASA

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent

☒ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

091258715

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Diabète type 2 / 2016

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Inhibiteurs SGLT2  
Jandiance 10-5j

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca le 14/02/2024

Cachet et signature du médecin traitant :



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