

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Consignes 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.

## 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  
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

ND: 35089

## Déclaration de Maladie : N° S19-0000951

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5269 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTANSINE AZEDDINE Date de naissance : 29/10/1964

Adresse : H

Tél. : 0676878357 Total des frais engagés : 2226,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Marouane BENCHEKROUN  
Médecine Générale Echographie  
28 Bd. El Fida 1<sup>er</sup> Etg. Derb Fokarj  
Tél: 05.22.28.39.93. Casablanca

27 JUL 2020

Date de consultation : 25 JUL 2020

Nom et prénom du malade : MOUSTANSINE AZEDDINE Age :

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

Nature de la maladie : Diabète + 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 : Casablanca Le : 27/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
25-JUL-2020	C	1	120	Dr. Marouane BEYCHERROUN Médecine Générale Endodontologie 76, Bd. El Fida 1 <sup>er</sup> Etg. Derb Fokara Tél: 05 22 28 39 93. Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Hind Lot Municipal Bloc 11 N° 516 Bld. Hay Hassan Tél: 05 22 91 44 57 - Casablanca	25 juillet 2020	1956.70.

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

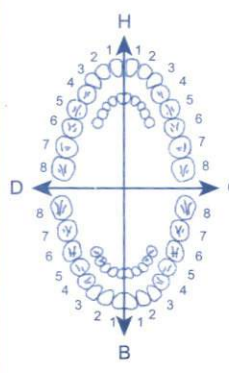
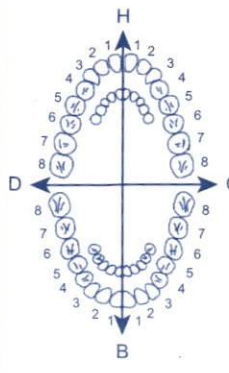
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
DUO MEDICA Rue Abouab Oum E N° 100 - El Oudja - Casablanca Tél: 05 22 43 71 90	24/07/2020	2	2	2	2	150

# 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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒**

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

Je soussigné :

Dr. Marouane BENCHEKROUN  
Médecine Générale Echographie  
76 Bd. El Fida 1<sup>er</sup> Etg. Derb Fokara  
Tél: 05 22 22 78 14 ou 05 22 22 78 15

Certifie que Mlle, Mme, M. :

MONSIEUR Azeddine

Présente

Diabète non insulino-dépendant + HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

03 mois renouvelable

Dont ci-joint ordonnance :

Am

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. Marouane BENCHEKROUN  
Médecine Générale Echographie  
76 Bd. El Fida 1<sup>er</sup> Etg. Derb Fokara  
Tél: 05 22 22 78 14 ou 05 22 22 78 15



OMNIPRATICIEN

Diplômé de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Dakar  
C.E.S. d'Echographie Générale

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة بدار  
حائز على شهادة الفحص بالصدى

Moustansine Ageddine

Casablanca, le 25 JUIL 2020

1 - Amarel 3mg

1 cp x 2h

2 - Janumet 50/1000mg

1 cp x 2h

3 - Coversyl 5mg

1 cp x 2h

4 - Cresten Crème

1 app x 2h

Ban delette Glyc

Traitement de 03 mois

1956.70

Pharmacie Hind  
Lot Municipal Bloc 11  
N° 514 Els Hay Hassan  
Tél.: 05 22 91 44 57 - Cas

Dr. Marouane BENCHEKROUN  
Médecine Générale Echographie

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 19E001  
PER : 10/2022

70027234/010414-1  
6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 19E001  
PER : 10/2022

70027234/010414-1  
6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V : 92DH10  
LOT : 19E001  
PER : 10/2022

70027234/010414-1  
6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

167,80

167,80

167,80

LOT : CT008E  
PER : 07 2024  
PPV : 64 00



# DUO MEDICAL

Équipement Médical, Paramédical  
Orthopédie, Appareil diabète,  
Chirurgical, Parapharmacie

Facture N° : 2020230

MR MOUSTAHSINE AZEDDINE

DATE

CLIENT

PAGE

24/07/2020

P004

1

CASABLANCA

RÉFÉRENCE	DÉSIGNATION	QUANTITÉ	Prix Uni. TTC	Montant TTC	% TVA
SYP002	CONTOUR PLUS X25 BAND	2	75.00	150.00	20.00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A L SOMME DE :

cent cinquante dirhams

**DUO MEDICAL**  
Résidence Abouab Oum Errabii  
Magasin N° 9 - El Oulfa - Casablanca  
Tél.: 0522 91 08 52/90 40 34 - Fax : 0522 91 08 53  
GSM : 06 61 43 71 99

TOTAUX

NET A PAYER

H.T. : 125.00

T.V.A. : 25.00

150.00



Résidence Abouab Oum Errabii Magasin N°9  
Hay El Oulfa - R.C. Casa N° 78177 - T.V.A N° 732935  
Taxe professionnelle N° 35004577 - I.F. N° 02221469  
C.N.S.S. N° 2570697 - I.C.E. N° 001657783000024  
Compte N°0109400001200143 (agence BMCI Casa Hay Hassani)

Tél.: +212 522 90 40 34  
+212 522 91 08 52  
Fax : +212 522 91 08 53  
Lhaj-hamid@hotmail.fr

# Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس



## 25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

For use with / À utiliser avec  
للاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با  
دستگاههای تست قند خون

**Contour™PLUS**

Meters / Lecteurs  
کونتور پلاس / (کنتور پلاس)

REF 84627446

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 Teb Co.

#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,

Vali-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

90001242

Rev. 02/18

# Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

## 25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

**NO  
CODING**  
SANS CODAGE



CONTROL N 110-142 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 325-422 mg/dL

LOT DP8LQHC32A

2018-11

2020-11

# Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس



## 25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

For use with / À utiliser avec  
للاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با  
دستگاههای تست قند خون

**Contour™PLUS**

Meters / Lecteurs  
کونتور پلاس / (کنتور پلاس)

REF 84627446

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 Teb Co.

#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,

Vali-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

90001242

Rev. 02/18

# Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

## 25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

**NO  
CODING**  
SANS CODAGE



CONTROL N 110-142 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 325-422 mg/dL

LOT DP8LQHC32A

2018-11

2020-11