

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 073342

137799

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAZIANE KHAJIA

Date de naissance : 10/08/1960

Adresse : Rue de Rome 11 4^e quartier des Nations

Tél. : 0661993361 Total des frais engagés : 690,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MAZIANE KHAJIA Age :

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

Nature de la maladie : m/falun + HTA + allég + diab +

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 : / /

Signature de l'adhé

Autorisation CNDP N° : AA-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 - 5ème 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
	4	1	235,42	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

235,42

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

235,42

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

ORLIMEDIS NEGOCES
Agence 20 Août
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoune
et Rue de la Place - Casablanca
Tél: 021 20 65 65

27/10/82

435,12

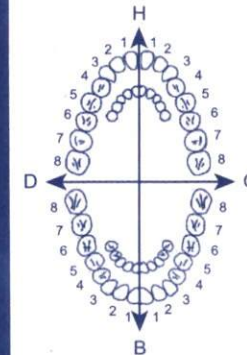
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

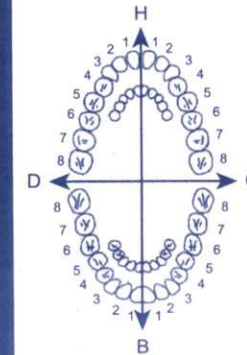
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° : FC2206146

MAZIANE KHADIJA

Date	CLIENT	PAGE
27/10/22	34210475	1

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
84627446	7	BANDELETTE CONTOUR PLUS 25 TEST	20%	65,00	455,00

ORLIMEDIS NEGOCE SARI
Agence 20 Aout
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun
et Rue de la Place - Casablanca
Tél : 05 22 20 39 39 - 05 22 20 65 65 - 05 22 27 35 06 Fax : 05 22 27 37 09 - Email : contactorlimedisnegoce.com
RC : 383759 - C.N.S.S : 5643128 - Taxe Professionnelle : 36339321 - I.F : 24849341 - ICE : 001928097000020
RIB : CREDIT AGRICOLE - 225 780 067 700 787 651 010 288-

MT HT	TVA	MT TVA
379,17	20%	75,83

Total HT	Mt TVA	Total TTC
379,17	75,83	455,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
455,00

DHs

ORLIMEDIS NEGOCE au Capital de 100 000 DH-Siège 22 Bis, Rue Lahcen El Arjoun, Casablanca
Tél : 05 22 20 39 39- 05 22 20 65 65- 05 22 27 35 06 Fax : 05 22 27 37 09- Email : contactorlimedisnegoce.com
RC : 383759- C.N.S.S : 5643128- Taxe Professionnelle : 36339321- I.F : 24849341- ICE : 001928097000020
RIB : CREDIT AGRICOLE - 225 780 067 700 787 651 010 288-

Contour_{TM} plus
 کونٹور پلس / کنٹور 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

CE 2797 0°C 30°C IVD

5 016003 763502

Contour_{TM} plus
 کونٹور پلس / کنٹور 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

CE 2797 0°C 30°C IVD

5 016003 763502

Contour_{TM} plus
 کونٹور پلس / کنٹور 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

CE 2797 0°C 30°C IVD

5 016003 763502

Contour_{TM} plus
 کونٹور پلس / کنٹور 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

CE 2797 0°C 30°C IVD

5 016003 763502

Contour_{TM} plus
 کونٹور پلس / کنٹور 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

CE 0088 0°C 30°C IVD

5 016003 763502

Contour_{TM} plus
 کونٹور پلس / کنٹور 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

CE 2797 0°C 30°C IVD

5 016003 763502

Contour_{TM} plus
 کونٹور پلس / کنٹور 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

CE 2797 0°C 30°C IVD

5 016003 763502

Dr ASMOUN Ahmed

SPECIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
ESTOMAC, FOIE, INTESTIN

Chirurgie anale: Hémorroïdes, Fistules, Fissures

Endoscopie digestive

Ex ASSISTANT TITULAIRE D'ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE

Ex. ENSEIGNANT A LA FACULTE DE MEDECINE DE

CASABLANCA

الدكتور أسمون أحمد

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

جراحة المخرج والبواسير

داخلي سابقا بقسم أمراض السكر والغدد

مدرس سابقا بكلية الطب

بالدار البيضاء

Casablanca le : الدار البيضاء في :

Polycaricolum MAZIANE KHO 10

Anopin 150

Orokem 200

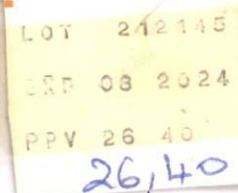
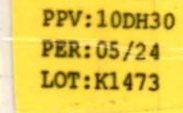
Doliprane 10,30
14,00

Hamu 3,14

Xy Sally

26,40
10 bne α 0,3/ αller

26,40
46,40 - 26,40 - 26,40
Serling sprayer



Dr. ASMOUN Ahmed
Specialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif, Assistant Titulaire
d'Endocrinologie et Diabète
Place de la Liberté - 8, Bd.
Elmouhamed Elmaghrabi Derb Omar

8, Bd Khourbga N° 10 - 2ème Etage Tél : 05 22 31 58 41 / 50 - Fax : 05 22 31 58 50

ICE : 002215254000088

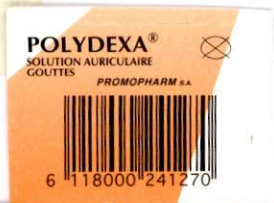
216,63

LOT: 5031021
PER: 10/2024
PPC: 46,40DH

on 1 all the

Dr. Ahmed
Specialist in Diabetes
23, Avenue Mohammed VI, 8, D.D.
Place de l'Indépendance, Casablanca
Tél. 022.31.58.50

ORLIMEDIS NEGOCE SARI
Agence 20 Août
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoune
et Rue de la Place - Casablanca
Tél : 01 20 20 20 20 - 20 20 20 20 20



$\text{PbI}_2 = 235.4$

21,80