

# 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0017536 153942

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matriculé : 2971 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL MEGHARY EL DRISSI MOHAMED  
 Date de naissance : 1952  
 Adresse : Rue Alacacias Res PERLA ETG 5  
 PORTE 4 APP 50 CASABLANCA  
 Tél. : 0673401818 Total des frais engagés : 3712,77 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 17/3  
 Nom et prénom du malade : EL MEGHARY EL DRISSI 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 : 18/3/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
17/12/23		6	300	

*Bennani Abdelhak*  
**Spécialiste**  
**OROPHODONTIE - DIABÈTE - NUTRITION**  
 43, Bd. Mohammed VI  
 1000, BP 110249  
 05 22 41 10 24

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Samir</i>	17.3.23	3274

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

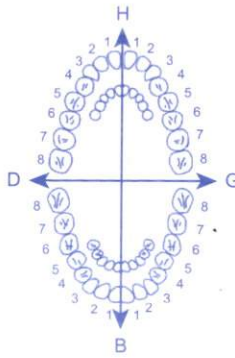
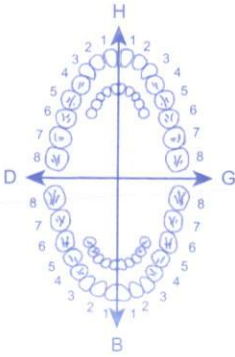
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>ABM</i>	18/3/2023					138,07

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# SABEM

Santé Beauté Médicale

**FACTURE N° : 202300389**

ELMEGHARY ELIDRISSI MED

Code Client : 006592

Casablanca le, 21/02/2023

Code Article	Désignation	Qté	P.U. TTC	Montant	Tva
6826075595	ON CALL EXTRA BAND/50	1	150.07	138.06	20.00%

SABEM  
RECEPTION  
20, RUE ALGHADFA MAARIF  
Casablanca  
Tél: 05 22 98 42 76

115.06

20 %

23.01

TOTAL H.T.

115.06

TOTAL T.V.A.

23.01

TOTAL T.T.C.

138.07

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
CENT TRENTE HUIT DH SEPT Centime(s).



Docteur Bennani Abdelilah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE

- DIABETE

- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)

الدكتور بناني عبد الله

عيادة متخصصة في :

- أمراض الغدد الهرمونية

- السكري

- التغذية

(بالموعد)



Casablanca, le :

Bennani Abdelilah  
Spécialiste  
ENDOCRINOLOGIE - DIABETE - NUTRITION  
443 Bd. Mohammed V  
Tél : 05 22 40 33 34 / 35  
INP : 09 10 244 89

17/3/22

Meghery. Ned

15

15

15

15

15

15

INP : 09 10 244 89

$559 \times 2 = 1118$   
Nourmil  
(147-)

$49 \times 3 = 147$   
fortisio 10

$150 \times 3 = 450$   
Irel 300

$114 \times 3 = 342$   
criston 5

$26 \times 2 = 52$   
Tyzo

13807

SABEM  
RECEPTION  
20, Rue Aloulou Maârif  
Casablanca  
Tél : 05 22 40 33 34 / 35

Horaire de Consultation:

Lundi - Vendredi : 9h - 17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h

TA > 14/g

Ajete → Inikel 5

15 10 -

*Bennani Abdelhak*  
Spécialiste  
ENDOCRINOLOGIE - DIABETE - NUTRITION  
443, Bd. Mohammed V  
el 11 05 22 11 11 Casablanca

2A

2A

2A

2A

2A

8-9674-73-270-2  
NovoMix® 30 FlexPen®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 559 DH



6 118001 121298

8-9674-73-270-2  
NovoMix® 30 FlexPen®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 559 DH



6 118001 121298

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH



6 118001 185023

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH



6 118001 185023

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH



6 118001 185023

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH



6 118001 183104

LYSOPURIC®  
Alopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés



6 118000 190561

LYSOPURIC®

Alopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés



6 118000 190561

AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

PPV : 55.00 DH  
LOT : 650494  
PER : 07/24

TRVEL 300 mg  
28 comprimés pelliculés



6 118000 1071938

150,00

TRVEL 300 mg  
28 comprimés pelliculés



6 118000 1071938

150,00

TRVEL 300 mg  
28 comprimés pelliculés



6 118000 1071938

150,00





# On-Call<sup>®</sup> Extra

Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in whole blood using  
the On-Call<sup>®</sup> Extra family of Blood  
Glucose meters.

For self testing and professional use.  
Only for use outside the body.

**Contents:**

- 50 Test Strips
- Package Insert



CE 0123

# On-Call<sup>®</sup> Extra

Blood Glucose Test Strips



1191568



2025-01-05

© 2020 ACON Laboratories, Inc.



**INFO PHARMA**

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: + 212 5 22 22 34 07  
+ 212 5 22 22 12 55  
Fax: + 212 5 22 47 45 92