

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.

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.

N° W21-789100

159300

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 857		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Veuve
Nom & Prénom : LAMDAHILI SALLA ZAHRA			
Date de naissance : 1942			
Adresse : 144 Rue de MENDIA Appart			
N° 5 SALAM CACA			
Tél. : 066976387 Total des frais engagés : 2013,60 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. ELBADILI SAIDA Endocrinologue - Diabétologue 283, Bd Yacoub El Mansour Casablanca - Tél. : 05 22 20 45 81 </div>			
Date de consultation : 01/03/2023			
Nom et prénom du malade : LAMDAHILI SALLA ZAHRA Age : 81			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète type 2			
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 : 05/05/2023

Le : 05/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
01/3/23	GS		300 DHT	INP : 05M9055 Dr EL HADJI SAID diabetologue Diabétologue Soud El Mansour 522 39 85 81

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie SENHAJA HEALTH Dr. SENHAJ ABDELHAMID 98-100, Rue Capitaine LOUBEI KHADDOUF Hay Mohammad - CASABLANCA Tél : 0522.62.38.14	2023/12/23	1603.50

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées 	Nature des Soins (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Coefficient (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	INP : <input type="text"/>																												
					COEFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H		G		25533412		21433552		00000000		00000000		D		G		00000000		00000000		35533411		11433553		B			
H		G																															
25533412		21433552																															
00000000		00000000																															
D		G																															
00000000		00000000																															
35533411		11433553																															
B																																	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																															
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																															
		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																																	

الدكتورة البديع سعيدة
اختصاصية أمراض الغدد والسكري والأيض
خريجة جامعة رين فرنسا



Dr. EL BADII Saida
Spécialiste en Endocrinologie,
Diabétologie et Maladies Métaboliques
Diplômée de l'Université de Rennes France

Casablanca, le : 01/31/23

LAMDA GHRI dalla Zahra.

390,00 x 3

Galnus 50.



140 x 21 J

3 mois.

Bandlettes glycémiques. 8 x 1 J

144,50 x 3

Egal 80.



140 J

3 mois.

T = 1603,50



Pharmacie SENHAJA HEALTH
Dr. SENHAJI ABDELHAMID
98-100, Rue Capitaine LOUBEI KHALIL
Hay Mohammadi - CASABLANCA
Tél : 0522 62 38 14

Dr. ELBADII SIDA
Endocrinologue - Diabetologue
283, Bd Yaacoub El Mansour
Casablanca - Tél : 0522 39 46 81

283. شارع يعقوب المنصور. بوسجور. الدار البيضاء

283, Bd Yaacoub El Mansour, Beauséjour Casablanca - Tél : 05 22 39 46 81, E-mail : elbadiiendocrino@gmail.com



6118001031030

Galvus® 50 mg ○

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg ○

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg ○

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

ESAC® 20 mg
ésoméprazole
28 gélules
PROMOPHARM S.A.



6 118000 241898

ESAC® 20 mg
ésoméprazole
28 gélules
PROMOPHARM S.A.



6 118000 241898

ESAC® 20 mg
ésoméprazole
28 gélules
PROMOPHARM S.A.



6 118000 241898

CLARAMAS MEDIC

PATENTE : 2570184 RC:135035 ICE: 002143445000095 IF:31876943 CNSS:8676861

MME LAMDAGHRI LALA ZAHRA

FACTURE N° : 2023/348

Casablanca

Rabat le : 09/03/2023

N° BL	Référence	Désignation	Qté	PU TTC	Remise	P.T TTC
800-015	ONCA11-6-2	Bandellette on call plus de 25	2	70,00	0 %	140,00
Total TTC		I.V.A 20%				
140,67	132,3					
					TOTAL NET TTC	140,00

Arrêtez la présente facture à la somme de :
cent quarante Dirhams et zero Centimes

CLARAMAS medic
Résidence Palmer II, May. 41 N
Rue JAAFAR ASSADIS AGDAL RABAT
Tél/Fax : 0537671033

Mode de règlement	Réf. de règlement	Banque
Espe	Refmed	

RESIDENCE PALMIER II N 47 RUE JAAFAR ASSADIS AGDAL RABAT

EMAIL:CLARAMAS.MEDIC@GMAIL.COM TEL:0537671033 /0662137655/FAX:0537671033

PATENTE : 2570184 RC:135035 ICE: 002143445000095 IF:31876943 CNSS:8676861

RIB: 1818252171158622500415

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

Nom et prénom : *LANDAGHRI Lalla Zahra*

Matricule : *867* N° CIN : *BY27132*

Adresse : *44 Rue Le Mennia Appos Hay Salam*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *DR ELBADJI SAIDA*

Spécialité :

N° ICE : *283, Bd Yacoub El Mansour*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *LANDAGHRI Lalla Zahra*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Diabète type 2

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

HbA1c 8,6%. Sans tabac

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Glyburus 50 20/15

DR. ELBADJI SAIDA
 Endocrinologue - Diabetologue
 283, Bd Yacoub El Mansour
 Casablanca - Tel: 0522 39 45 81

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *casab* le *03/03/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :



* Cette déclaration est renouvelable une fois

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

On Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

REF G133-118



Info Pharma

Distributeur exclusif

ACON®



ACON Laboratories, Inc.
5850 Oberlin Drive, #340
San Diego, CA 92121, USA

www.aconlabs.com

EC REP

MDSS GmbH
Schiffgraben 41
30175 Hannover, Germany

35°C
2°C



IND



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



0123

©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

On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

LOT

1692247



2023-10-24



On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

French

Bandelettes de Glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang total en utilisant les glucomètres On-Call® Plus et On-Call® EZ II.
A usage individuel et professionnel.

Uniquement pour usage en dehors du corps.

Content:

- 25 Bandelettes
- Carte à Puce
- Mode d'Emploi

Russian

Тест-полоски

Для определения глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров On-Call® Plus и On-Call® EZ II.

Для самодиагностики и профессионального использования.

Только для использования вне тела.

Упаковка содержит:

- 25 Тест-полосок
- Кодовый чип
- Инструкцию-вкладыш

Arabic

أشرطة التغمس

لتحصيل السكر في الدم الكامل باستخدام جهاز On-Call® EZ II, On-Call® Plus

لتحصيل السكر في الدم الثاني والمستخدم المهني.

للاستخدام الخارجي فقط.

المحتويات:

- 25 أشرطة التغمس
- رقاقة كود
- شرة الرغمة