

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 021602 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : MOUFRID MISS
Date de naissance : 30 AVRIL 1963
Adresse : NC 252, 6^e ET EL ouafa Am-
DEau J.
Tél. : 0642404633 Total des frais engagés : 1342,20 Dhs
0661632211

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 13/06/2023
Nom et prénom du malade : MOUFRID MISS Age :
Lié de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : DT 2 + HGA
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 : Perman

Le : 13/06/2023

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
13 06 23	CA		150,00	Dr. HAMDA JAMI Médecin Généraliste 252, Avenue Lot. AZWANDA Béjaïa - Té : 0522 036 000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE : 06 20 810	06.27	1398,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

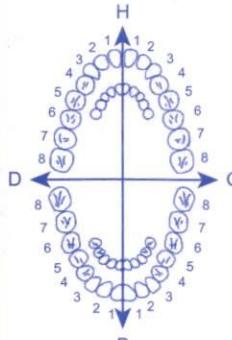
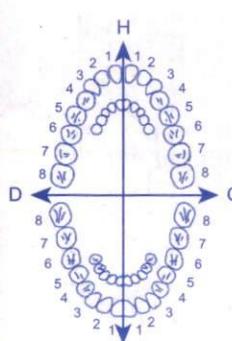
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	
	B			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

[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

OMNIPRATIEN

Lauréat de la Faculté de Médecine
et Pharmacie Casablanca

Ancien Médecin Interne au CHP Ben M'sik



الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء

طبيب داخلي سابق

بالمراكز الإستشفائية بن امسيك

Deroua, le

06/05/2022

الدروة ، في

21.00x 6

1) Diclofenac 1000

60.00x 3

Amorol 2%

269.00x 3

Colvera 10%

48.00x 4

Sil col 2%

140.00

5) Bandelettes 5 N Cellulose

252 الطابق الأول بحربة الوحدة 2 أمام مختبر التحاليلات الدروة

252 1er étage, Lot. ALWAHDA 2 En Face du Labo d'analyses médicales Deroua

الهاتف : Tél : 05 22 036 000

1269,00

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V: 60DH40



0

48,00

1269,00

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V: 60DH40



0

48,00

1269,00

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V: 60DH40



0

48,00

PPV 21DH00
PER 02/26
LOT M691

PPV 21DH00
PER 03/26
LOT M1015

PPV 21DH00
PER 02/26
LOT M691

PPV 21DH00
PER 02/26
LOT M691

PPV 21DH00
PER 02/26
LOT M691

LA PHARMACIE REGIONALE

DEROUA

FACTURE

Pour Mr : Moufrih Driss
 Facture N° : 197081

Date :

Art	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant
	son. cap Extra Bt 50	1	120.00	140.00

Montant	140.00
T.V.A	111
TOTAL T.T.C	111

Arrête la présente facture à la somme de :

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : MOUFRID DRIS	
Matricule : 02602	N° CIN : B-34646
Adresse : <i>N° H-252 - LOT. EL DEROUA RABAT - Pétrolus</i>	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : Médecin généraliste
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. : Moufrid Dris	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <i>TAz 15,2/18 Hb 12,4%</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <i>Metformin ou sitagliptin 1000 mg. Aurox 20 ou 0.025, Sifem 20, Bandilite ou canallacte. Coseron 10,5</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Rabat le 15/06/2020	
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® Extra

Blood Glucose Test Strips

LOT 1191568

2025-01-05

On-Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

50

English

Blood Glucose Test Strips

For testing glucose in whole blood using the
On Call® Extra family of Blood Glucose
meters.

For self testing and professional use.

Only for use outside the body.

Contents:
• 50 Test Strips
• Package Insert

Français

Bandlettes pour test de glycémie

Pour l'analyse de glucose dans le sang total
à l'aide de la famille de Glycomètres On
Call® Extra.

A usage individuel et professionnel.

Contenu pour usage en dehors du corps.

• 50 Bandlettes
• Mode d'Emploi

MULTIELLE

REMBOURSE

Греческий

Тест-полоски

Для измерения уровня содержания
глюкозы в цельной крови с использованием
глюкометров семейства On Call® Extra.

Для самодиагностики и профессионального
использования.

Только для использования вне тела.

Упаковка содержит:
• 50 Тест-полосок
• Инструкцию-руководство

العربية

الترابط الفحص

لتحليل نسبة السكر في الدم. لا يشمل استخدام مجموع

On Call® Extra

نسبة السكر في الدم للشخص الألي و-الاستخدام المهني.

للاستخدام الخارجي فقط.

المحتوى:
• 50 ترابة

• شرة الجرعة

On-Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

[REF] G135-10H

[MODEL] OGS-191

 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

On-Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in whole blood using
the On Call® 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

© 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