

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.

M23-0023895

194960

Optique

Autres

Maladie *N° 2445* Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *2445*

Société : *RAM*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *K. Bernada JAOUAD*

Date de naissance : *13-07-76*

Adresse :

Tél. : *629465965* Total des frais engagés *1430* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. OMAR BENMBAREK
Médecin Généraliste
1028, Hay Riad - BOUZNIKA
Tél : 05.37.64.91.79
en cas d'urgence : 06 72 43 50 87
NPF : 061188827

Cachet du médecin :

Date de consultation : *13 FEV 2024*

Nom et prénom du malade : *Berrada Jaouad Kabailou*

Age : *68*

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 : *CASA*

Le : *16/02/2024*

Signature de l'adhérent(e) : *AP*



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 FEV 2024	C	1	#104	Dr. OMAR BEN YOUSSEF Médecin Généraliste 1026 Hay Riad - BOUZNIKA en cas d'urgence : 05.87.64.91.79 Tél : 05.87.64.91.79 INPE : 0611-88327

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SIGMA SANTE SERVICES 49, Cité Bouaina - Bouznika ICE: 002902815000092	13/02/24	65,00
INPE 062031190	13/02/24	1295,26

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

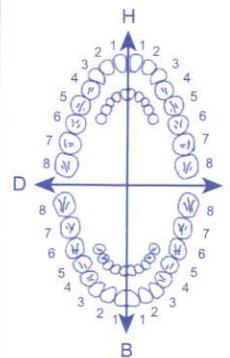
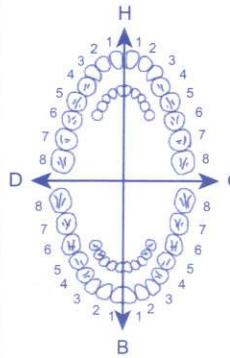
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000	MONTANTS DES SOINS
	35533411		11433553	DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Dr. Omar Benmbarek

Médecin, Généraliste



زيادة الدكتور عمر بن مبارك
صلوة عام

Bouznika le :

Nom et prénom :
jaouad kabailou-berrada

Ordonnance

- VENTOLINE AE 100 μ G B200 DOSES AEROSOL

1-1-1

• VERMOGAL GEL DERMIQUE TUBE 60G

0-0-1

• DERMOFIX 2% CR 30G CREME

1 appl * 3 vir

• ADDITIVA VITAL B30 COMP

100

DIAFORMINE CO 1000MG B30 COMP

- DIAP
1-91

LANTUS SOLOSTAR IN 100U/ML 3ML BE STYLUS INJECTABLES GM

• GLEMA CO 3MG B30 COMP

010

✓ 100

Adresse : 1028 hay riad bouznika

Fix : 05 37 64 91 79

05 37 64 91 79 : www.scholarship.org

Portable en cas d'urgence : 06 72 43 50 82

06 72 43 50 87 - 1 - 1 - 1

E-mail : Dr.Omar.Benmabrouk@ensam.fr

بيانات المكتبة : ٦٦٧٢٤٣٥٠٨٧

E-mail : Dr.Omar.Benmabrek@gmail.com.

Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com : 4

PPV: 60DH00
PER: 09/25
LOT: M3236

PPV: 21DH00
PER: 12/26
LOT: M4313

PPV: 60DH00
PER: 09/25
LOT: M3236

PPV: 21DH00
PER: 11/26
LOT: M3862

PPV: 60DH00
PER: 09/25
LOT: M3236

PPV: 21DH00
PER: 12/26
LOT: M4314

PPV: 60DH00
PER: 09/25
LOT: M3236

PPV: 21DH00
PER: 12/26
LOT: M4313

vermogal
GEL ANTIPARASITAIRE

PPV 19.00 DH
LOT L1242 PER 10/26

Lot:
EXP:
PPV:

X87K
04 2025
42,20 DH

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ 85
P.P.V. : 744DH00



6118001081615

PPC : 79DH00



4 026466 004907

04.2025
L2200505

Dermofix®
crème 2%

Sertaconazole
Tube de 30 g

87 DH

Parapharmacie SIGMA SANTE SERVICES -
Bouznika

gérant

0537409566



Facture N° FAC-35

Date : 12/02/2024

MR KABAILOU BERRADA JAQUAD

BOUZNIKA
Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
CONTOUR PLUS B25 BANDELETTES	1	65,00	3	65,00

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	0	10,83

Total HT	54,17 DHS
TVA	10,83 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	65,00 DHS
Total	65,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante-cinq DHS

SIGMA SANTE SERVICES
49 Cité Boutaina - Bouznika
ICE: 00290281500092

Contour™ plus

كونتور بلص / Contour Plus

25

Test Strips
Bandelettes réactives
شريط اختبار
نوار تست

For use with: للاستخدام مع جهاز قياس / جهاز
للمراقبة كست مون حسون
Contour™ plus
Meters / Lecteurs
كونتور بلص / Contour Plus

REF 8462746

Contour™ plus

كونتور بلص / Contour Plus
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شريط اختبار جلوكوز الدم
نوار تست قند حسون

25

Test Strips
Bandelettes réactives
شريط اختبار
نوار تست



CONTROL [N] 110-143 mg/dL

CONTROL [L] 37-48 mg/dL

CONTROL [H] 320-415 mg/dL

LOT DP2GQHC31F

2024-07

18

7635

Contour™ plus

كونتور بلص
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
طاخندر جلوكوز الدم
بالي تست قند حسون
For self-testing • Pour l'autosurveillance
للختبار الذاتي • جهت خود باليست

CE
2797



5 016003 763502

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. All rights reserved. Contour is a trademark and/or registered trademark of Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Tous droits réservés. Contour est une marque de commerce et une marque déposée d'Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG
معرفة: © 2016 جمع المعرفة
كونتور (Contour) ماركة تجارية وعلامة تجارية مسجلة
Ascensia Diabetes Care Holdings AG حقوق

شركة: © 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG
معرفة: © 2016 جمع المعرفة Contour كست مون حسون
Ascensia Diabetes Care Holdings AG

Ascensia Diabetes Care Holdings AG
Peter Merian-Strasse 90
4052 Basel, Switzerland

www.diabetes.ascensia.com

صنع في اليابان
www.patents.ascensia.com

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 الموجوبة
في الصفحة الأخيرة من دليل المستخدم.
أو راجع أي بيغينر ، لاطلاقه باللغات تمايز در مسحة آخر
، أقسامي إلإير مراجعة كيد.

Damoun Tahiz Teb Co.
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,
Vali-e-Ahr Ave.
Tehran, 1967865637
Iran
Phone: +98 26218306

ABIGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED
7, MORONU MADUGWU STREET, SURULERE, LAGOS,
NIGERIA
TELEPHONE: +2348033131500
Email: ans@abigait.com
Website: www.abigait.com
NAPAC REG. NO: 03-2234

ASCENSIA
Diabetes Care

90004659

Rev. 10/19