

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Étage 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

N° W19-546533

35838

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3183	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL AHRANI TOUIYA Abdelilah			
Date de naissance : 11/2/1953			
Adresse : VILLA 7 étage TOURIA POUSKOURA CENTRE			
Tél. : 06615201	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr Mohamed El AHRANI			
Date de consultation : Nom et prénom du malade : El Ahrani Touiya Abdelilah			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : AO N I			
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 : / /

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
13/12/2020	CS	(6)	INP : 08/12/2020	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/2020	335,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

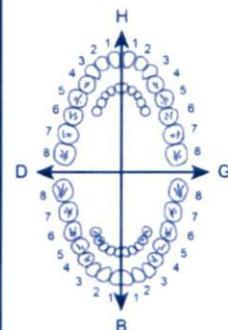
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

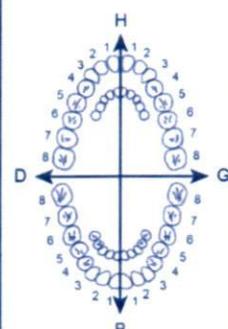
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
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

Cabinet de Consultations &
d'Explorations Cardio-vasculaires

Docteur CHAMI Mohammed
CARDIOLOGUE

Spécialiste diplômé de la Faculté de
Médecine de Bruxelles



عيادة تشخيص و استشارة
أمراض القلب والشرايين
دكتور محمد الشامي
أخصائي في أمراض القلب والشرايين

أخصائي في أمراض القلب والشرايين

مجمع كلية الطب ببروكسيل

Casablanca, le 13/01/1960

N = El am rano parky as delito. PPV : 99%

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

1) Sun from S1 sel

2018

3mn

DUSPATALIN 200MG
GELU B20
P.P.V :54DH00
LOT :19E001W
PER.:03/2022
6 118000 010531

21. Duspatar S

147.00

3) on call plus (M&S)

PPV :
Exp :
N° Lot :

PPV :
Exn :
N° Lot :

PPV :
Exp :
N° Lot :

90,00



PHARMACIE MARIA S.A.R.L

KM 13.5 BOUSKOURA CENTRE CASABLANCA CNSS:6982434

RC:258313 / IF:40489957/INPE:092041433

Tél : (05) 22 334523 /0522 33 46 61

Patente : PATENTE:32931575 / ICE:001512272000030

Facture N° 219 765 Du 26/07/2020

EL AMRANI JOUTEY ABDELILAH

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
AC	BANDELETTE ONE CALL PLUS / 50	1	147.00	147.00
1	Total	1		147.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CENT QUARANTE-SEPT DIRHAMS

Pharmacie MARIA SARL
Bouskoura El Aktrar
Doc 43-00512272006030
Tel: 0522 334443-ICE: 00512272006030

S

MULTI-ELLE

pour la

REMBOURSE

On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

Français
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.

Contenu:

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

العربية
أشرطة المختبر

On Call® EZ II , On Call® Plus
لقياس السكر في الدم الكامل واستخدام جهازي القياس

لقياس السكر في الدم

لقياس الناتي والاستخدام المهني.

المحتويات:

• 50 أشرطة المختبر

• قرفة الكود

• شرة الحزمة

Русский
Тест-полоски

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

Для самодиагностики и
профессионального
использования.

Упаковка содержит:

- 50 Тест-полоски
- Кодовую пластинку
- Инструкцию-вкладыш

On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

REF G133-111

LOT 1690754
2021-08-01

50

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.

Contents:
50 Test Strips
Code Chip
Package Insert



©2017 ACON Laboratories, Inc.



INFO PHARMA

10, Rue Boualma Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 04 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

1130389301

On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

REF G133-111



ACON®

ACON Laboratories, Inc.
10125 Mesa Rim Road
San Diego, CA 92121, USA
www.acondiabetescare.com

EC | REP

MDSS GmbH
Schiffgraben 41
30175 Hannover, Germany