

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº W19-537164

ND: 35981

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

3183

Société :

R.A.M.

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL AMRANI JOUTEY Abdellah

Date de naissance :

11/12/1953

Adresse :

VILLA 7 Lotissement Tauria Bouskoura

Tél. :

0661595001

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Siham IDRISSI ABOULAHOU
Spécialiste : Endocrinologie - Diabète
Nutrition - Obésité
13/10/2010

Date de consultation :

13/10/2010

Nom et prénom du malade :

EL AMRANI JOUTEY Abdellah Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

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 : Casablanca Le : 1/1/2010

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
13/04/2020	ca		300\$	INP : 091-3466876
				<i>Dr. S. ABOUL ABBAS</i> Endocrinologie - Diabétologie Obésité
				Etage N° 2 - 2222
				Cham IDR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Le pharmacien M. A. Dardier en date du 13/04/2010 pour le compte de M. R. Boussemra Centre Km 0522334523 CICE 0015.</i>	<i>13/04/2010</i>	<i>322,7190</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>															
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS															
				<input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION															
				<input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION															
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td></tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35533411 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000			35533411 11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
<hr/>																			
B	00000000	00000000																	
		35533411 11433553																	
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS															
				<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																			

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° 213 319 Du 13/04/2020

MR EL AMRANI JOUTEY ABDELILAH

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
AC	BANDELETTE ON CALL VIVID /50	1	360.00	360.00
AC	AIGUILLES NOVOFINES 8 MM	1	180.00	180.00
2	Total	2		540.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENT QUARANTE DIRHAMS

16/04/2020
Bouskoura Centre Casablanca
Domicile de la Pharmacie
Pharmacie Maria SARL
El Amrani Joutey Abdelilah
Total : 540.00

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

MULTI
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

اشرطة الفحص
لقياس السكر في الدم الكامل باستخدام جهاز القياس

On Call® EZ II , On Call® Plus
لقياس السكر في الدم
للشخص العادي والأشخاص المهنيين.

المحتويات:
• 50 أشرطة الفحص
• رقائق الكروت
• شرة المزمعة

Русский

Тест-полоски
Для определения глюкозы в
целевой 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 1690877

2021-10-18

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

IVD 2°C 35°C 50

CE 0123

©2017 ACON Laboratories, Inc.



6 82607 53521 7

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

31
GAUGE

3/16"
5mm

film coated for maximum comfort

Easy•Touch[®]

PEN NEEDLES

100 Pen Needles