

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## Biologie 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.

## Education :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *04387* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BOUAYAD NABIB*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. *066 923 2544* Total des frais engagés : *170,-* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : *JABRI ZARBI A MRS* Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*MLD*

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 : *CACHA* Le : *15 NOV. 2021* *1,10,2021*

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Urgence PHARMACIE MERIEUX Noureddine IBA Docteur en Pharmacie Abdelkader 311-751-05223305</i>	26/10/2011	170

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

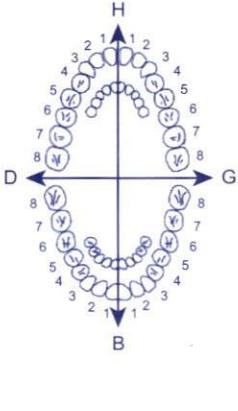
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

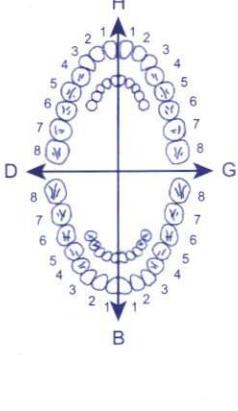
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.  
**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS									
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
H	21433552										
25533412	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										

COEFFICIENT DES TRAVAUX	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	
	<p style="margin: 0;">[Création, remont, adjonction]</p> <p style="margin: 0;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE MERIEUX  
DR NOUREDDINE IBA  
311 BD ABDELMOUMEN CASABLANCA

26/10/2021

Tél : 022860570

MME JABI ZOUBIDA

FACTURE N° : 27562 du 26/10/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	ON CALL PLUS BANDELETTES B50	170,00	170,00	20%
Total TTC				170,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
CENT SOIXANTE DIX DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
20.00%	20,00	141,67	28,33	170,00
		141,67	28,33	170,00

PHARMACIE MERIEUX  
Dr Noureddine Iba  
311 Bd Abdelloumen Casablanca  
Tél: 022860570

# 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](http://www.aconlabs.com)

[EC REP]  
MOSS 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

IVD ◊ 50 2°C 35°C

© 2020 ACON Laboratories, Inc.



6 8260755953 4

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

1130389202

# On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

LOT 1190980

2023-01-04

# 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

Русский  
Тест-полоски  
Для измерения уровня содержания  
глюкозы в цельной крови с использованием  
глюкометрической химии On Call® Extra.  
Для самодиагностики и профессионального  
использования.  
Только для использования вне тела.  
Упаковка содержит:  
• 50 Тест-полосок  
• Инструкция-вкладыш

الغربية العربية  
المتحدة  
لأختبار نسبة الملعزر في الدم بالكامل باستخدام مجموعة  
المترية الخاصة بـ On Call® Extra.  
لمراعاة شرط في قدم المعايير ذاتها والمستخدم المدين.  
الاستخدام الخارجي فقط  
المحتويات:  
• 50 تبليط  
• ملصق إرشادي

50 - نشرة المعايير

Français  
Bandelettes pour test de glycémie  
Pour l'analyse de glucose dans le sang total  
à l'aide de la famille de Glycomètres On  
Call® Extra.  
Usage individuel et professionnel.  
Uniquement pour usage en dehors du corps.  
Contenu:  
• 50 Bandelettes  
• Mode d'Emploi

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50

50