

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

tions 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 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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

Nº P19-0047414

MUPRAS
RECEPTION
Nº 04179

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02602

Société : retraite Rbm

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUFRIH DRSS.

Date de naissance :

30 Avril 1953

Adresse :

H-262-67 EL oua Fa Ani-

DÉREVIA

Tél. : 0649404633

Total des frais engagés :

11050,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/02/2022

Nom et prénom du malade :

Moufrih DRS

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DTC + HTA

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 : 14/02/2022

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
14/02 2022		Consultation + ECG	250,00	Dr. ALWANDA Signature : 0522 036 000
	ECG		100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE : 06/02/2021 LA PHARMACIE DE LA GOURMETTE LILLE 59000 TÉL : 03 22 51 44 44 M. BERNARD LALANNE	14-02-22	10,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 :

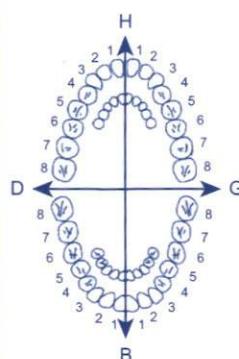
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

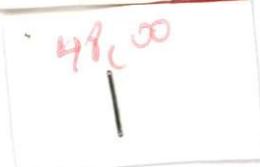
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

48,00

4819

49c⁵⁰



6 118001 130313
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 DH
Sandoz France

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V :60DH40
LU1:21E002
PER.:07/2024

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V:60DH4
LOT:21E002
PER.:07/2024

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
LU1 : 21E002
PER.:07 2024

6 118001 130313
 TRIPLEXAM 10mg/2.5mg/5 mg
 30 comprimés pelliculés
 PPV : 164,70 Dh

AAM TR 550317 □MP21 NNP
80203889103001

6 11800 130313
TRIPLEXAM 10mg/2,5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
L01 : 21EU02
PER..07 2024

6 118000 060031

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

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.

A usage individuel et professionnel.

Uniquement pour usage en dehors du corps.

Contenu:

- 50 Bandelettes
- Mode d'Emploi

Русский

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
- Инструкция-вкладыш

العربية

أشرطة الفحص

لتحقيق نسبة المخزن في الدم وتحقيق استخدام مجموع

On Call® Extra

لقياس السكر في الدم للتحميم الذاتي والاستخدام المهني.

للستخدام الخارجي فقط

المحتويات:

- أشرطة الفحص
- شرة الجرعة

On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

[REF] G135-10H

[MODEL] OGS-191



Distributeur exclusif



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

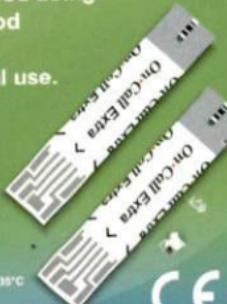
Blood Glucose Test Strips

50

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

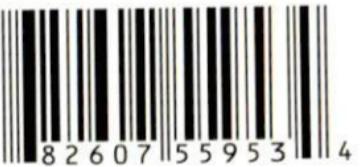
For self testing and professional use.

Only for use outside the body.



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

LOT 1190981

2023-01-04



valable 3 mois

Le 14/02/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que M^{le}, M^{me}, M. :

Moufrih Driss

Présente un diabète type 2 + HTA
Nécessitant un traitement d'une durée de : 3 ans

Dont ci-joint ordonnance :

à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-2045-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

LA PHARMACIE REGIONALE DEROUA

FACTURE

Pour Mr : M. Aoufrik Driss
Facture N° : 10.11.137. Date : 11.02.22

Art	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant
1.	On. cap Extra Br.	2	150,00	300,00

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 07

INPE : 06 20 74 810

Montant	300,00
T.V.A	
TOTAL T.T.C	111

Arrête la présente facture à la somme de :

10 mm/mv

0.50Hz-75Hz

AC 50Hz

25mm/s 2022-02-14 09:40

I

II

III

Rhy II

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V

V5

V6

ID : 2202140000

NAME

AGE

HEIGHT

yr

SEX

WEIGHT

kg

HR : 82 bpm

P Dur : 87 ms

PR int : 153 ms

QRS Dur : 88 ms

QT/QTC int : 342/401

P/QRS/T axis: 83/83/T4

RV5/SV1 amp : 1.168/1.246 mV

RV5+SV1 amp : 2.414 mV

RV6/SV2 amp : 0.771/1, 666 mV