

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19-0047415

218940

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02602

Société : *retirante Riss*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSA RIH DRISS

Date de naissance : 30 Avril 1953

Adresse : H 252 LOT EL ouasfa DR

PEROUAD

Tél. : 06 41 40 46 33 Total des frais engagés : 1209,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/06/2022

Nom et prénom du malade : Mo. PRIH DRISS Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Didite Type 2

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

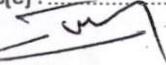
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : *Deroua*

Le : 09/06/2022

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
09/06/2022	C1		150,00	INPE: 061253688 Dr. H. H. Généraliste Médecin de Famille AIWAHOU 252, Terrebonne, Tel : 0522 036 000 Dentiste Tel : 0522 036 000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE: 06207480	09.06.22	1059,30

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
		AM	PC	IM	IV	

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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hamza JAMI

OMNIPRATICIEN

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie Casablanca
Ancien Médecin Interne au CHP Ben M'sik



الدكتور حمزة جامي

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة للدار البيضاء
طبيب داخلي سابق
بالمراكز الإستشفائية بن امسيك

Deroua, le : 09/10/2022 الدروة في :

M Morphine

Drs

164,70 x 3 |
1. Ta'plixan 12,12,-
~ - ~ - ~ 180,00 x 2

60,00 x 3 |
2. Amoral 2 51 bandette
~ - ~ - ~

3 Morphine 1059,50
0 - 1 - 1

48,00 x 3 |
4. Sari 2 x 2
00 - 00 - 01

TU : Zent;



253 الطالق الأول تجزئة الوحدة 2 أمام مختبر التحاليلات الدروة
252 1er étage, lot ALWAHDA 2 en face du Labo d'analyses médicales Deroua
الهاتف : Tél : 0522 036 000

~~Dr Hamza JAMI~~
~~Medecin Généraliste~~
~~lot. ALWAHDA~~
~~Deroua - Tel : 0522 036 000~~

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031

AMM n°: 503017 DMP/21 NNP
60202688103001



6 118001130313
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

→ 48,-

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031

AMM n°: 503017 DMP/21 NNP
8002088103001



6 118001130313
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

→ 48,-

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031

AMM n°: 503017 DMP/21 NNP
60202688103001



6 118001130313
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

→ 48,-

60,40 x 3

164,70 x 3

48.00 x 3

LA PHARMACIE REGIONALE

DEROUA

FACTURE

Pour Mr : *Moufrih D.C.S.S*
 Facture N° : *119056*

Date : *09/06/22*

Art	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant
1.	On call Extra Bt 56	2	120,00	240,-

INPE: 06 20 74 810.

Montant	<i>240</i>
T.V.A	<i>177</i>
TOTAL T.T.C	<i>417</i>

Arrête la présente facture à la somme de :



On-Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

[REF: G135-10H
MODEL: OGS-191]



Distributeur exclusif



ACON Laboratories, Inc.
3850 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.

Contents:

- 50 Test Strips
- Package Insert



CE 0123

On-Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

1130389202

LOT 1191317

2023-12-21

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 сахара в
тканых в целянной крови с использованием
приборов семейства On Call® Extra.
Для самотестирования и профессионального
использования.

Только для использования вне тела.
Упаковка содержит:
• 50 Тест-полосок
• Инструкция-вкладыш

العربية

أشرطة المختبر
لتحليل نسبة السكر في الدم يمكنها باستخدام مجموعة

On Call® Extra
لارتفاع السكر في الدم، الفحص الذاتي والاختبار المهني.

للاستخدام خارجي فقط

المحتويات:
• 50 أشرطة المختبر

• دليل المستخدم



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

