

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1409**

Société : **RAN**

Actif **Pensionné(e)**

Autre :

Nom & Prénom : **MHAMDI**

MUSITRPA

Date de naissance : **01/01/1951**

Adresse : **5, Rue Kadi TASS Apt. N° 26 7 MARIT
CASA**

Tél. : **06 70 64 28 60** Total des frais engagés : **430 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **18/07/2011**

Nom et prénom du malade : **JAWHALA** **Jani-Pa** Age : **71**

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : **Diabète**

Affection longue durée ou chronique : **ALD** **ALC** Pathologie

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 : **CASA**

Le **25/07/2011**

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
17.07 2022	G	f		DR JARIOU - BELQADI Joelle ENDOCRINOLOGUE 119, Bd. EL AARARANE Maârif - CASABLANCA B

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MOSQUEE DOCTEUR EN PHARMACIE 18.07.2022	18.07.22	430,00

ANALYSES - RADIographies

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	35533411 11433553

[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. CARIOU BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGIE METABOLISME
Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جووويل
اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية
خريجة كلية الطب بباريس

Casablanca, le : 18.07.2002

Dr. JAWHARI Jamila

190,00 A part P glucosette

12000 ml Bandelettes

430,00

16, Rue de l'Afrique - Maârif - Casablanca
Tél: 05 27 98 42 73
Docteur en Pharmacologie

DR. NABIL
PHARMACIE DE LA MOSQUEE

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGUE
16, Bd. de l'Afrique
Maârif - CASABLANCA

119، شارع بئر انزران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021



PHARMACIE DE LA MOSQUEE

76 , RUE DE L'ATLAS . MAARIF

R.C :416052

Patente:35712176

T.V.A : 52360

C.N.S.S:9979587

Tél : 05.22.98.42.73

Le 23/07/2022

FACTURE N°614416

N° ICE : 001647317000045

N° IF : 14485188

MME JAWHARI JAMILA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	ON CALL BANDLLETE *50U	120.00	240.00	40.00	20.00
1	ON CALL APPAREIL	190.00	190.00	31.67	20.00

TOTAL T.T.C :

430.00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	430.00	Montant	71.67
---------------------	----------------------	------------------	-----------------------	---------------	----------------	--------------

Arrête la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Trente Dirhams.



plus

MUTUELLE

en la

REMBOURSE

On-Call® Plus

نظام مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم

يعتمد عليه

نتائج مريحة خلال 10 ثوان

السهولة

LOT
16914
2022-1

On-Call® Plus
Blood Glucose Test Strips
REF G133-111

On-Call® Plus
Blood Glucose Test Strips
REF G133-111

LOT 1692339

2023-12-07



On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

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.
Only for use outside the body.

Contents:

50 Test Strips

Code Chip

Package Insert



IVD



2°C 35°C



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