

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° P19-0025271

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : **685**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BAGHDADI Badra**

Date de naissance : **01/07/44**

Adresse : **RTE d'Agadir Rés. ALFIRDAOUS N°6 CASA**

Tél. : **0614510414**

Total des frais engagés : **330,840** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur FARADI Hasnaa
Médecine Générale
Echographie Urgence
Du Gynécologie Médical
D'Inféritilité
Suivi de Grossesse
Du Diététique Maternité et Nutrition
Du Diabète et Métabolisme
Du Laboratoire et Radiologie

Date de consultation : **10/12/2022**

Nom et prénom du malade : **Baghdadi Badra**

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 :

Signature de l'adhérent(e) : **All. Ben Abdellah**

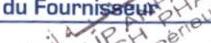
Le : **02/01/23**



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
10/10/2022	CR	0,1	100	<i>Docteur [Signature] Médecin [Signature] Echographie [Signature] Du Gynécologue [Signature] Sav [Signature] de Grossesse et Nutrition Du Diététicien [Signature] IN: 05 09 1063313 Tél: 05 22 89 07 58</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SUPA PHA Dr. Mouloua CHABACH Rue d'Azza, 55-16 Tel: 05 22 55 00 08 5-001835298000083	10 <hr/> 10 <hr/> 20.22	3158,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de l'OCF.

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	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale

Echographie

Urgence

DU : Gynécologie Médical Infertilité

Suivi de Grossesse

DU : Diététique Médicale et Nutrition

DU : Diabetologie

Casablanca, le 10/10/92

الطب العام

الفحص بالصدى

المستعجلات

العمق

متابعة الحمل

التغذية و الحمية الطبية

أمراض السكري

الدار البيضاء، في

390,00x3 Baghdadi Badiaa Ep. Beausens.

Galvus Met 50/1000

78,70 149,50

Diamilon 60

550,00x3 141,50

Jardian 6,10

141,50

65,00x4 contours plus Bandelitti

78,70



6 118001 031092
GALVUS MET 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



$\overline{1} = 3158,70$

صيدلية أنفا العليان

PHARMACIE SUP'ANFA
Dr. Mounir CHABACH PHA
Rte. d'Azemmour, Anfa Supérieur
Tel: 05.22.95.01.16
ICE: 001835298000083

Docteur FARADI Hasnaâ
Médecine Générale
Echographie Urgence
Du Gynécologie Médical Infertilité
Suivi de Grossesse
Du Diététique Médicale et Nutrition
Du Diabetologie

INN : 0522990758



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



Boehringer Ingelheim



25 mg
10 mg
جاردانس®

Jardiance®
Empagliflozine

**10 mg comprimés pelliculés
25 mg comprimés pelliculés**

313745-06



Boehringer
Ingelheim

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

PPV: 550 DH 00

313839-02

Boehringer Ingelheim



25 mg
10 mg
جارديانس®

Jardiance®
Empagliflozine

**10 mg comprimés pelliculés
25 mg comprimés pelliculés**

313745-06



Boehringer
Ingelheim

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

PPV: 550 DH 00

313839-02

Boehringer Ingelheim



25 mg
10 mg
جارديانس®

Jardiance®
Empagliflozine

10 mg comprimés pelliculés
25 mg comprimés pelliculés

313745-06



Boehringer
Ingelheim

6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

PPV: 550 DH 00

313839-02

ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° :

FC2206171

Date	CLIENT	PAGE
29/10/22	34210475	1

BAGHDADI BADIA

ESP

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
ESP	SHOWROOM	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
84627446	2	BANDELETTE CONTOUR PLUS 25 TEST	20%	65,00	130,00

ORLIMEDIS NEGOCE SARL
N° 2 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun
et Rue de la Place - Casablanca
Tel: 05 22 20 39 39 / 05 22 20 65 65

MT HT	TVA	MT TVA
108,33	20%	21,67

Total HT	Mt TVA	Total TTC
108,33	21,67	130,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
130,00

DHs

REF 84627446

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرانط اختبار جلوکوز الدم

نوارهای تست فند خون

25

Test Strips

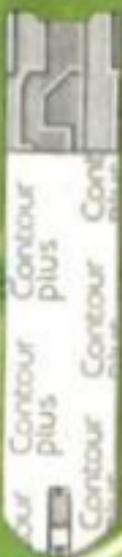
Bandelettes
réactives

شریط اختبار

نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N 109-141 mg / dL

CONTROL L 36-47 mg / dL

CONTROL H 319-414 mg / dL

LOT DP1LQHC31B

2023-11

REF 84627446

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرانط اختبار جلوکوز الدم

نوارهای تست فند خون

25

Test Strips

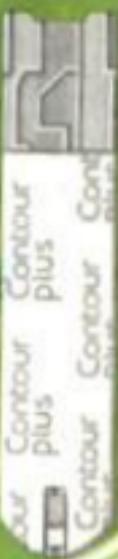
Bandelettes
réactives

شریط اختبار

نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N 109-141 mg / dL

CONTROL L 36-47 mg / dL

CONTROL H 319-414 mg / dL

LOT DP1LQHC31B

2023-11

ورقة التسلیم

Bon de Livraison

N° 22981

Le 31/12/2023 في

Mr Ben MOUSSA السيد

ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° :

FC2206172

Date	CLIENT	PAGE
29/10/22	34210475	1

BAGHDADI BADIA

ESP

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
ESP	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
84627446	2	BANDELETTE CONTOUR PLUS 25 TEST	20%	65,00	130,00

ORLIMEDIS NEGOCE SARL
N° 12 Bis Angle Rue Lahcen El Arjoun
et Rue de la Place Casablanca
Tél. : 05 22 20 39 39 / 05 22 20 65 65

MT HT	TVA	MT TVA
108,33	20%	21,67

Total HT	Mt TVA	Total TTC
108,33	21,67	130,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
130,00

DHs

REF 84627446

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرانط اختبار جلوکوز الدم

نوارهای تست فند خون

25

Test Strips

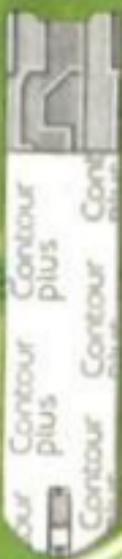
Bandelettes
réactives

شریط اختبار

نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N 109-141 mg / dL

CONTROL L 36-47 mg / dL

CONTROL H 319-414 mg / dL

LOT DP1LQHC31B

2023-11

REF 84627446

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرانط اختبار جلوکوز الدم

نوارهای تست فند خون

25

Test Strips

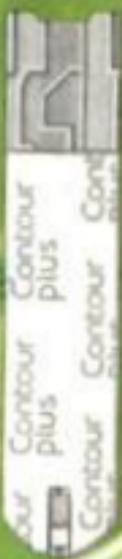
Bandelettes
réactives

شریط اختبار

نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N 109-141 mg / dL

CONTROL L 36-47 mg / dL

CONTROL H 319-414 mg / dL

LOT DP1LQHC31B

2023-11