

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

N° W21-784726

147787

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	5009	Société :	R.A.M RETRAITE
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	REGAGUI RACHID
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0600170266 Total des frais engagés : 2088.00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<input type="text"/>		
Cachet du médecin :	<input type="text"/>		
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : Casablanca Date : 02 FEV 2023

Signature de l'adhérent(e) :



EL

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY EL NAIM 52 BD OUED SEBOU OULEA TÉL : 0970270920 FAX : 0970270921	01/02/22	2028,04 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

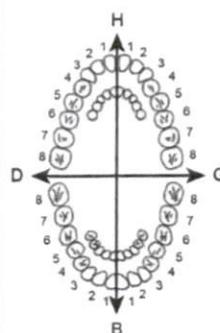
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie Hay El Wiam

Safiya El mokrie El idrissi

0522911731

252 Bd H OUED SEBOU OULFA , CASABLANCA

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.I.
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 744DH00
Barcode
6 118 001 081615

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.I.
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100 UI/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 744DH00
Barcode
6 118 001 081615



Facture N° FAC-146131

Date : 01/02/2023

Mr RACHID REGRAGI

EL WIAM OULFA
CASABLANCA, Maroc

Produit	Qté.	P.U origine	R	P.U	TVA	Total
DIABCONTROL BANDELETTES B50	4	225,00	33,33%	150,01	3	600,04
LANTUS SOLOSTAR IN 100UI/ML 3ML B5 STYLOS INJECTABLES GM	2	744,00	0%	744,00	1	1 488,00
Code de TVA	1	2	3			
Taux	0%	7%	20%			
Montant (DHS)	0	0	100,01			
Total remise						299,96 DHS
Total HT						1 988,03 DHS
TVA						100,01 DHS
Total Organisme						0 DHS
Total Client						2 088,04 DHS
Total						2 088,04 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux mille quatre-vingt-huit
DHS et quatre centimes

صيدلية حي الوئام
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASABLANCA Tél : 05 22 91 17 31
INPI : 0022911731

Diabcontrol®
TD-4279

Test Strip

50
Test Strip

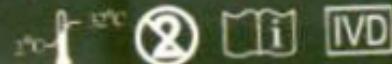


Use only with Diab control TD-4279 blood glucose meter.
50 Test Strips and Instruction inside.

TaiDoc Technology Corporation
B1-7F, No. 127, Wugong 2/F Rd., Wugu Dist.,
24888 New Taipei City, Taiwan
www.taidoc.com

MedNet EC-REP GmbH
Borkstraße 10
48163 Münster, Germany

CE 0123 For self-testing.



4 717095 032811

Diabcontrol®
TD-4279

Test Strip

50
Test Strip

Use only with Diab control TD-4279 blood glucose meter.
50 Test Strips and Instruction inside.



TaiDoc Technology Corporation
B1-7F., No. 125, Wugong 2nd Rd., Wugu Dist.,
New Taipei City 248, Taiwan (R.O.C.)
www.taidoc.com

MedNet GmbH
Borkstraße 10
48163 Münster, Germany

CE 0123 For self-testing.



4 717095 032811

Diabcontrol®
TD-4279

Test Strip

50
Test Strip

Use only with Diab control TD-4279 blood glucose meter.
50 Test Strips and Instruction inside.



TaiDoc Technology Corporation
B1-7F., No. 125, Wugong 2nd Rd., Wugu Dist.,
New Taipei City 248, Taiwan (R.O.C.)
www.taidoc.com

MedNet GmbH
Borkstraße 10
48163 Münster, Germany

CE 0123 For self-testing.



4 717095 032811

Dr. khadija CHERKAOUI ZAHOUANI
Endocrinologue - Diabétologue
Obésité - Nutrition
Ex. Médecin Chef
du Centre Régional de Diabétologie

د. خديجة الشرقاوي زهوانى
اختصاصية في السكري وأمراض الغدد
السنية - التقنية
طبيبة رئيسة سابقاً للمركز
الجهوي للسكري

Casablanca, le : 13 / 10 / 2022

H^r REGAGUI
Rachid.

- 1) Levostag 100 x 25
2) Lantus شهادة
3) Apidex شهادة ↘ 16-18 astm
4) Topix 10 mg ↘ 16-18 astm
5) Brumel ↘ 16-18 astm
- Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
Diabetologie
Residence Al Ofoq - Bd Oum Rabi - El Oulfa - Casablanca
Tél. 05 22 89 79 34*

100, Résidence Al Ofoq - Bd Oum Rabi - El Oulfa - Casablanca
رقم 100، إقامة الأفق - بولفار أم الريان - الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 89 79 34