

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)**



## Déclaration de Maladie

N° P19-0047416

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **153456** ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **02602** Société : **RA-M**  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : **MOUFRIH DRISS**  
Date de naissance : **30/04/1953**  
Adresse : **H-252-COT. EL OUAFER - ANT. DE ROUA**  
Tél. : **0612404633** Total des frais engagés : **1163,00** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **13/03/2023**  
Nom et prénom du malade : **MOUFRIH DRISS** Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : **DT2 + 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 : **De Roua** Le : **13/03/2023**  
Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

# RELEVÉ 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
13 03 23	01	C <sub>1</sub>	150,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
06 20 74 810	15/03/23	1013,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

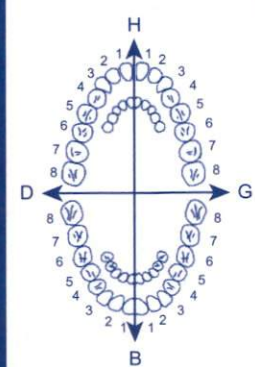
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

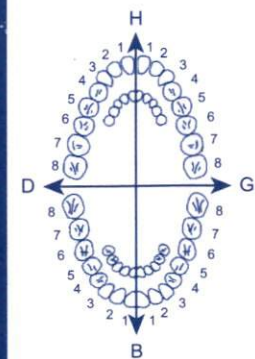
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Hamza JAMI**

OMNIPRATIEN

Lauréat de la Faculté de Médecine  
et Pharmacie Casablanca

Ancien Médecin Interne au CHP Ben M'sik



**الدكتور حمزة جامي**

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء

طبيب داخلي سابق

بالمركز الإستشفائي بن امسيك

Deroua, le 15/05/2023 ..... في الدروة

INPE : 06 20 74 810  
LA PHARMACIE REGIONALE  
D. SAGHA BENJELLOUN  
Tél : 05 22 31 47 07

Aloufili  
208,00  
Dois

208,00 x 3  
Coveram S.V.

208,00 / 208,00

21,00 x 5  
Dafun 1000 S.V.

PPV 21DH00  
PER 12/25  
LOT L4227

PPV 21DH00  
PER 07/25  
LOT L2679

PPV 21DH00  
PER 12/25  
LOT L4227

PV 21DH00  
PER 12/25  
LOT L4227

PPV 21DH00  
PER 12/25  
LOT L4227

140,00  
3) on Call ex don S.V. x 3  
(Ba bellott)

48,00 x 3  
Sic car 20  
1013,00

S.V.

48,00

48,00

48,00

الدروة بمختبر التحليلات الدروة

252 1er étage, Lot. ALWAHDA 2 En Face du Labo d'analyses n°

الهاتف : 05 22 036 000

# On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

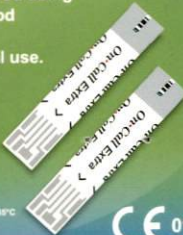
50

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



© 2020 ACON Laboratories, Inc.

# On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

LOT 1191568  
2025-01-05

# 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 самонаблюдения и профессионального использования.  
Только для использования вне тела.  
**Упаковка содержит:**  
• 50 Тест-полосок  
• Инструкцию-вкладыш

**العربية**  
**أشرطة الفحص**  
لاختبار نسبة الجلوكوز في الدم بالكامل باستخدام مجموعة On Call® Extra الخاصة بقياس سكر الدم.  
أشرطة الفحص ذاتي والاستخدام المهني.  
للإستخدام الخارجي فقط.  
**المحتويات:**  
• 50 أشرطة الفحص  
• نشرة الإرشاد

# On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

REF G135-10H  
MODEL OGS-191

**Info Pharma**  
Distributeur exclusif

**ACON®**

ACON Laboratories, Inc.  
5850 Oberlin Drive, #340  
San Diego, CA 92121, USA

[www.aconlabs.com](http://www.aconlabs.com)

EC REP

MDSS GmbH  
Schiffgraben 41  
30175 Hannover, Germany



#### 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



# LA PHARMACIE REGIONALE

DEROUA

## FACTURE

Pour Mr : Moufreh Driss  
Facture N° : 195041/189

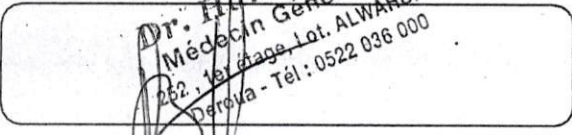
Date : 15-03-23

Art	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant
	on. call Extra Bt 50 	1	140,00	140,00
				

Montant	
T.V.A	
TOTAL T.T.C	

Arrête la présente facture à la somme de :

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <b>HOUDRIH ESS</b>	
Matricule : <b>02602</b>	N° CIN : <b>B-54646</b>
Adresse : <b>14252. LOT. EL OUAFA - ANY. DEROUA</b>	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigné(e) <b>Dr. Hamza JAMI</b> Médecin Généraliste 252, 1er étage, Lot. ALWAHDA Deroua - Tél : 0522 036 000	
N° ICE : <b>252</b>	N° INPE : <b>INPE:061253600</b>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <b>Mouf. R. Dous</b>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie <b>Abaxe : 8,4%</b> <b>Une : 0,32</b> <b>Quot : 3,60</b>	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <b>Diabète, hypertension, polyurie polydypsie</b>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <b>ADO : Metformine 1000 + Boudellah (CONCERNANT)</b> <b>Glycemide</b> <b>Sinorin 20, Coveran 5,5</b>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <b>Deroua</b> le <b>12</b> <b>JANV</b> <b>2022</b>	
Cachet et signature du médecin traitant	
	

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées