

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 de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Nº P19-0047416

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 02602 Société : RAF

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUNAFRIK DRISS

Date de naissance : 30/10/1953

Adresse : H-252-CST EL ouaFou-Anz

DEPOVA

Tél. : 0642404633 Total des frais engagés : 1163 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/03/2023

Nom et prénom du malade : MOUNAFRIK DRISS Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DTL + 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 : Dev. de la Le : 16 MAR 2023

Signature de l'adhérent(e) : 13/03/2023



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
13 03 23	01	C1	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	G	00000000
	B	35533411		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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 والصيدلة الدار البيضاء
طبيب داخلي سابق
بالمراكز الإستشفائية بن امسيك

Deroua, le ١٥ / ٢٠٢٣ الدروة , في

INPE : 06 20 74 810
LA PHARMACIE REGIONALE DEROUA
Tél. : 05 22 036 000
Fax : 05 22 036 000
M. : 05 22 036 000
E-mail : dr.jami@msik.ma

١)

208,00x3

Ovareau ٥,٥

٢٥٨,٠٠

Dosis

S.V

208,00 / 208,00

٢)

21,00x5

Diaphane 1000 (S.V)

PPV 21DH00
PER 12/25
LOT L4227

PPV 21DH00
PER 12/25
LOT L4227

٣)

140,00

ON Call e x ton (Bancallett) (S.V)

PPV 21DH00
PER 12/25
LOT L4227

PPV 21DH00
PER 12/25
LOT L4227

٤)

48,00x3

Stix cor ٢٠

(S.V)

PPV 21DH00
PER 12/25
LOT L4227

PPV 21DH00
PER 12/25
LOT L4227

٥)

103,00

٠ - - .

Dr. Hamza JAMI
Médecin Généraliste
Téléphone : 05 22 036 000
Email : dr.jami@msik.ma

48,00

48,00

أمام الوحدة ٢ مختبر التحاليل الدروة

252 1er étage, Lot. ALWAHDA 2 En Face du Labo d'analyses n° ٢٥٢ 1er étage, Lot. ALWAHDA 2 En Face du Labo d'analyses n°

الهاتف : 05 22 036 000

On-Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

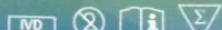
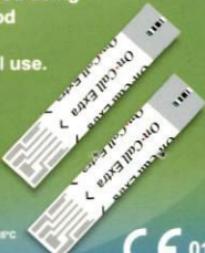
50

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



50

2°C

35°C

CE 0123

© 2020 ACON Laboratories, Inc.



6 182607 55953 4

INFO PHARMA

10, Rue Boulemane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

On-Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

LOT
1191568

2025-01-05

50

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 содержания
глюкозы в целинной крови с использованием
глюкометров семейства On Call® Extra.

Для самотестирования и профессионального
использования.

Только для использования вне тела.

Упаковка содержит:

- 50 Тест-полосок
- Инструкцию-вкладыш

العربية
أشرطة الفحص

لإختبار نسبة الجلوكوز في الدم بالكامل باستخدام مجموعة
On Call® Extra.

مترية السكر في الدم للشخص الشافي والاستخدام الشهري.

للاستخدام خارج هي فخذ.

المحتويات:
• 50 أشرطة الفحص
• شرة العزفية

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

EC REP
MDSS GmbH
Schiffgraben 41
30175 Hannover, Germany

LA PHARMACIE REGIONALE

DEROUA

FACTURE

Pour Mr : Moufrih Driss
 Facture N° : 195041/189 Date : 15-03-23

Art	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant
	On. capl Extra Bt 50	1	140,00	140,00

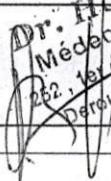
INPI: 062074810
 LA PHARMACIE REGIONALE
 Imm. 94, Lot NAIT N° 4 DEROUA
 Tel: 05 22 51 47 07 • N° du Registre du Commerce 19700 Tribunal de Berrech

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

Arrête la présente facture à la somme de :

MUPRAS DÉPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTÉGER

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Moufrih Omiss
Matricule :	02602
N° CIN :	B - 54646
Adresse :	H 252. 6T. EL OUAFIA - ANT. DEROUA
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigné Dr. Hamza JAH, Médecin Généraliste, 252, 1er étage, Lot. ALWAHDA, Deroua - Tél : 0522 036 000	Spécialité : Médecine Générale
N° ICE :	N° INPE : INPE:061253600
Certifie que Mme, Mme, M. :	Moufrih Omiss
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
Absc : 8,4% Urea : 0,32 Chole : 3,6	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : Paroxysme de douleur, palpation abdominale	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitements prescrits :	ADO : Metformine 1000 + Rondelle (Metformine CONCEAL 500) Glymipizide Sincaril 20, Coveram 5,5
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Dr. H. JAH le 12/12/2022	
Cachet et signature du médecin traitant	
 Dr. H. JAH Médecin Généraliste 252, 1er étage, Lot. ALWAHDA Deroua - Tél : 0522 036 000	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

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