

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-556125

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1058 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : ELHASSI JAMILA
 Date de naissance : 11/02/62
 Adresse : Résidence ALGHFIKI D77 Agdal
 2 ABAT
 Tél : 0661400476 Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 11/02/2023
 Nom et prénom du malade : ELHASSI JAMILA Age :
 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 : 10 DEC 2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

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.

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médical attestant le Paiement des Actes
11/11/2022		1	300 \$	<p>INP : 096371767377 Société de la Croissance des Femmes</p>

INP : 019 73 77

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmaset	Date	Montant de la Facture
	01/11/23	841,00
	01/11/23	295,70

Date _____

Montant de la Facture

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

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

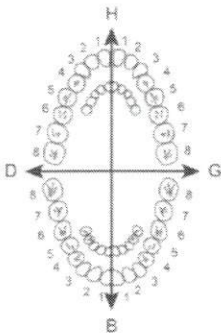
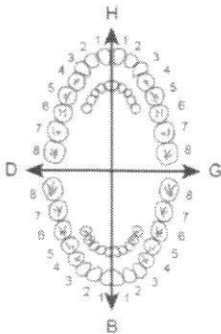
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature d
Soins

Coefficient

DNP : | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Noussaima EL YAAGOUBI

Ancien Médecin Endocrinologue
à l'hôpital Militaire Mohammed v de Rabat
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie - Maladie Métaboliques - Nutrition
Retards de croissance de l'enfant

الدكتورة نسيمة اليعقوبي

طبيبة سابقا بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط
اختصاصية في أمراض الغدد والسكري
التأخر في النمو - السمنة - الفحص بالصدى

Rabat, le 01/11/2023

EL HAJJI JAMILA

17,50 x 4

- Ado 500 mg

1 comprimé, matin, soir au milieu des repas 3mois

189,00

- bandelettes glycémique

2 mesures par jour , pendant 3 mois

36,70

- Anxiol 6 mg

1/4 comprimé, soir 2 mois

Abaites
N° 21888
10/11/23

295,70

Pharmacie Descartes
Dr. El hachmi BOUZBIB
Docteur en Pharmacie
INPE : 1 0 2 0 6 0 4 4 9
64. Av. Des Nations Unies Agdal
Rabat - Tél.: 05 37 67 10 90

INPE
102060449

Dr. Noussaima EL YAAGOUBI
Spécialiste en Endocrinologie
Retards de Croissance de l'enfant
Diabète - Maladies métaboliques
Tél.: 05 37 67 09 62
INPE : 10 116 73 77

Dr. Noussaima EL YAAGOUBI

Ancien Médecin Endocrinologue
à l'hôpital Militaire Mohammed v de Rabat
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie - Maladie Métaboliques - Nutrition
Retards de croissance de l'enfant

الدكتورة نسمة اليعقوبي

طبيبة سابقا بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط
اختصاصية في أمراض الغدد والسكري
التأخر في النمو - السمنة - الفحص بالصدى

Rabat, le

20/05/2023

السيد محمد بن عبد الله

84,00

Pharmacie Descartes

1. 40 6 20 10 90

Pharmacie Descartes
Dr. El hachmi BOUZBIB
Docteur en Pharmacie
INPE : 1 0 2 0 6 0 4 4 9
64, Av. Des Nations Unies - Agdal
Rabat - Tél.: 05 37 67 10 90

Retards de croissance de l'enfant
Spécialiste en Endocrinologie
Dr. Noussaima EL YAAGOUBI
INPE : 1 0 2 0 6 0 4 4 9
64, Av. Des Nations Unies - Agdal
Rabat - Tél.: 05 37 67 10 90

INPE
02060449

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



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

ADO 500 mg
Boîte de 50 comprimés pelliculés



LOT : 4666
PER : 05 - 26
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 4666
PER : 05 - 26
P.P.V : 17 DH 50



ADO 500 mg
Boîte de 50 comprimés pelliculés

ADO 500 mg
Boîte de 50 comprimés pelliculés



LOT : 3121
PER : 03 - 26
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 3121
PER : 03 - 26
P.P.V : 17 DH 50

ADO 500 mg
Boîte de 50 comprimés pelliculés



LOT : 3121
PER : 03 - 26
P.P.V : 17 DH 50