

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

18736

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 1058

Matricule : 1058 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HAJJI JAMILA

Date de naissance : 11/02/62

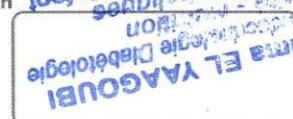
Adresse : Résidence AL GHAFIKI D 17 Agdal

2 ABAT

Tél. : 0661400476 Total des frais engagés : 10.116.732 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/11/2023

Nom et prénom du malade : El Hajji 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 loi relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 10 JEC. 2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Meilleur attestant le Paiement des Actes
14/11/2022			Fr. 300.-	INP : 14/11/2022 13/11/2022 19/11/2022 26/11/2022 Signature : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formuleur	Date	Montant de la Facture
2/Pharmacie Des Cartes 07. El hachim Pharmacie Docteur en Pharmacie 28E. 102 050 1490 2/Des Cartes 08 37 81 10 90	01/11/23	84,00
	01/11/23	295,70

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'ODF.																										
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																						
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				DÉBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																						
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																						
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						
				O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES																						
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																						
				<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		G		11433553		B	
				H																						
				25533412	21433552																					
				00000000	00000000																					
D																										
00000000																										
35533411																										
G																										
11433553																										
B																										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																										
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 سابقاً بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط
اختصاصية في أمراض الغدد والسكري
التاخير في النمو- السمنة - الشخص بالصدى

Rabat, le 01/11/2023

EL HAJJI JAMILA

17,50 x 4

- Ado 500 mg

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

189,00

- bandelettes glycémique

2 mesures par jour , pendant 3 mois

36,70

- Anxiol 6 mg

1/4 comprimé, soir 2 mois

16 boîtes
N° 21888
10/11/23

295,70

Pharmacie Descartes
Dr. El hachmi BOUZBIB
Docteur en Pharmacie
INPE : 102060449
64. Av. Des Nations Unies Agdal
Rabat - Tel: 05 37 67 10 90

INPE
102060449

Dr. Noussaima EL YAAGOUBI
Spécialiste en Diabétologie
Retards de croissance et Obésité
Tél: 05 37 67 09 62 / E-mail: dr.noussaima@gmail.com

الطابق الثالث - شقة رقم 11 - عمارة 9 - زنقة جبل بوابلان شارع فال ولد عمرير - أكدال - الرباط
N° 11, 3 ème étage, Imm. 9 - Rue Jbel Bouiblane - Avenue Fal Ould Oumeir - Agdal - Rabat
Tél : +212 (0) 537 67 09 62 / E-mail: dr.noussaima@gmail.com

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 سابقاً بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط
اختصاصية في أمراض الغدد والسكري
التاخر في النمو- السمنة - الفحص بالصدى

Rabat, le

دكتورة نسيمة اليعقوبي

Dr. El Yaagoubi Noussaima

84,00

Dr. El Yaagoubi Noussaima

un m

1.45 m

Pharmacie Descartes
Dr. El hachmi BOUZBIB
Docteur en Pharmacie
INPE 102060449
64, Av. Des Nations Unies - Agdal
Rabat - Tél: +212 537 67 10 90

Retards de croissance de l'enfant
Dr. Noussaima EL YAAGOUBI
Spécialiste en Endocrinologie
Tél: +212 537 67 09 62
N° 11, 3 ème étage, Imm. 9 - Rue Jbel Bouiblane - Avenue Fal Ould Oumeir - Agdal - Rabat
E-mail: dr.noussaima@gmail.com

INPE
02060449

الطابق الثالث - شقة رقم 11 - عمارة 9 - زنقة جبل بوبيلان شارع فال ولد عمير - أكدال - الرباط
N° 11, 3 ème étage, Imm. 9 - Rue Jbel Bouiblane - Avenue Fal Ould Oumeir - Agdal - Rabat
Tél : +212 (0) 537 67 09 62 / E-mail: dr.noussaima@gmail.com

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



©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 82607 53521 7
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

6 118000 090014

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

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

6 118000 090014
ADO 500 mg
Boîte de 50 comprimés pelliculés

ADO 500 mg
Boîte de 50 comprimés pelliculés

6 118000 090014

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

ADO 500 mg
Boîte de 50 comprimés pelliculés

6 118000 090014

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

LOT : 0945
PER : 04 - 26
P.P.V : 17 DH 50