

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0014728

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9165 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HAI DY El Arbi Date de naissance : 01/01/57

Adresse : Haj Fath S. N°29 casa ouffa

Tél. : 0207 77 30 98 Total des frais engagés : 1222,10 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/07/2019

Nom et prénom du malade : Hady El Arbi Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : IOP DIABUPRASA

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 : Le 27/07/2019 Le : 27/07/2019

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEILL

#### **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
27/07/18	g	1	5	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/19	1222,70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoriaires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de la

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a circular arrangement of 16 numbered circles (1 through 8) in two concentric layers. The outer layer contains circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The inner layer contains circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. Arrows indicate a clockwise direction of movement around the circle.

### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION


**CENTRE  
D'HEMODIALYSE ET  
DES MALADIES RENALES  
ABDELMOUMEN**

مركز تصفية الدم و أمراض الكلى عبد المؤمن

**Maladies rénales • Hémodialyse • Lithiases rénales • Echographie • Biopsie rénale**

**Dr Abdelaziz CHRAIBI**

Maladies du Rein Dialyse  
Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Paris



091042606

Casablanca, le : 27/07/2017

**الدكتور عبد العزيز الشرابي**

أمراض الكلى - تصفية الدم  
خريج كلية الطب بباريس

M<sup>r</sup> - Haidy El Arbi

LOT 19004  
PER MAR 23  
PPV 61 DH 68

64,60 1 - Calcidia 5%   
15+2/11

75,20 2 - Ameg 10 mg   
9 g le flacon

54,10 3 - Larmabak 0,9%   
4 flacons 13/11

278,00 4 - Coplaxix 75 mg / 100 ml   
1 fl de 100 ml

168,25 - Augmentin 1g   
15+2/11

200x26 - On l'aff plus   
185,60

2 - Apronavasc 300 mg / 6 mg (x7 flacons) 

75,20

LARMABA 0,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH  
6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAUDI

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain seba Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V. : 278,00 DH  
6 118001 082018

PPV : 168,20 DH  
LOT : 689447  
PER : 10/20

Route de Rabat - R.P.1  
APROVASC 300mg/5mg B28  
Cp Pel  
PPV : 185,60 DH  
6 118001 082049

36, Angle Av de l'Hermitage et Allée des Cassiopées - Casablanca - الدار البيضاء -

Fax : 05 22 86 59 73; Tél : 05 22 86 30 30 - 05 22 86 12 12; الهاتف :

E-mail : azizchraibi055@gmail.com **URGENCES 24h/24 : 06 61 18 00 03**

ICE : 001842645000079





# 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.

Contents:  
50 Test Strips  
Code Chip  
Package Insert



CE 0123

© 2017 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

1130389301

# On Call® Plus

## Blood Glucose Test Strips

REF G133-111



Info Pharma  
Distributeur exclusif

ACON

ACON Laboratories, Inc.  
10125 Mesa Rim Road  
San Diego, CA 92121, USA  
[www.acondiabetescare.com](http://www.acondiabetescare.com)

[EC REP]

MDSS GmbH  
Schiffgraben 41  
30175 Hannover, Germany

MULTI ELL  
rembourse  
REMBOURSE

# On Call® Plus

## Blood Glucose Test Strips

French  
Bandelettes de Glycémie  
Pour mesurer la glycémie dans le  
sang total en utilisant les glucomètres  
*On Call® Plus* et *On Call® EZ II*.  
A usage individuel et professionnel.

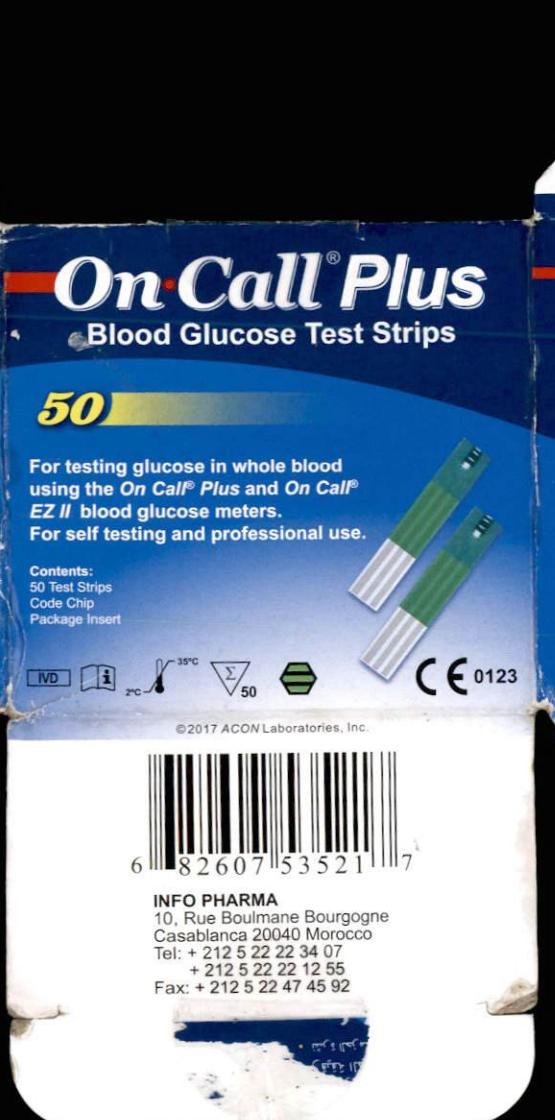
- Contenu:  
• 50 Bandelettes  
• Carte à Puce  
• Mode d'Emploi

Russian  
Для измерения глюкозы в  
полной крови с использованием  
*On Call® Plus* и *On Call®*  
для личного и профессионального  
использования.

Упаковка содержит:  
• 50 Аппликаторы  
• Инструкция по-вкладышу

Arabic  
أشرطة الفحص  
للحص السكر في الدم الكليل باستخدام جهاز الفحص  
*On Call® EZ II* ، *On Call® Plus*  
نوعية السكر في الدم  
للشخص الذاتي والاستخدام المهني.  
المحتويات:

50 أشرطة الفحص



**\*\* PHARMACIE ANISSA \*\***

**DR MAHMOUD FARKHOJAT**

**312.I.LOTISSEMENT ZEOUBIR CASABLANCA**

Tél :

**Patente N°: 32971190**

**N° R.C. : 278286**

**Compte :**

**CNSS : 6068747**

**Id.Fiscale : 50805205**

**ICE : 000489860000021**

Le : **19/09/2019**

**Mr HAIDY EL ARBI**

**FACTURE : 24801 du : 19/09/2019**

<b>Qté</b>	<b>Désignation</b>	<b>Prix PPV</b>	<b>Montant</b>	<b>TVA</b>
2	ON CALL PLUS BANDELETTEE/5	200,00	400,00	0,00%
<b>Total TTC</b>			<b>400,00</b>	

Arrêtée la présente facture à la somme de :**QUATRE CENTS DIRHAMS**

	<b>Taux</b>	<b>HT</b>	<b>TVA</b>	<b>TTC</b>
0%Ar92	0,00	400,00	0,00	400,00
		<b>400,00</b>	<b>0,00</b>	<b>400,00</b>

