

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

NPD:

33220

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03443

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN BACHIRAH

SMAIL

Date de naissance : 1948

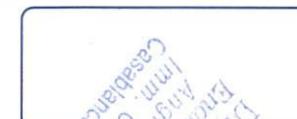
Adresse : Le 3505 PA 2^e Bloc A N^o 24
CASA Phoenicia

Tél. : 06 35 24 99 56 Total des frais engagés : 1600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INP : 091019786



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : BEN BACHIRAH Smail Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie + myopie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Si

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 :

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Le :

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
08.06.20	C2		2500 HT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيادلة كيلو متر 9 PHARMACIE KM 9 <i>Dr. QUADILI Souad</i> Lissasta 1 Tél : 05 22 35 00 INPE : 092036789	08/ 06/ 20	2392,80 330,00

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates the 16-cell polytope, a four-dimensional convex regular polytope, plotted within a 4D coordinate system. The axes are labeled D (vertical), H (horizontal), and B (depth). The vertices of the polytope are represented by small circles, and the edges are shown as lines connecting these vertices. The polytope is composed of 16 vertices, 32 edges, and 8 facets (cubes).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol
 Traitement de l'Obésité - Maigreur
 Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V
 Sur Rendez-Vous



الدكتورة ف. زين جباس الشعري
 اختصاصية في أمراض الغدد - السكري
 السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب رونى ديكارت بباريس
 بالموعد

ORDONNANCE

BENBACHRAH SMAIL

68,80 - x 4

• Odia 4 mg 1 COMP MATIN AVT REP 4 MOIS

45,20 x 2
 • Glucophage 850 mg 1 COMP X 2 /J AP REP 4 MOIS

116,80 x 4
 • Lipanthy 160 mg 1 COMP LE SOIR AP REP 4 MOIS

39,00 x 4
 • Galvus met 50 mg/1000 mg 1 COMP X2 /JOUR AP REP 4 MOIS

صيادلية كيلومتر 9

Casablanca, le : 08/06/2020

صيادلية كيلومتر 9
PHARMACIE KM 9
Dr. OUADILI Souad
 Lissasfa 1 - Tél : 05 22 65 00 1
 INPE : 092036789

PHARMACIE KM 9
Dr. QUADILI Souad
 Lissasfa 1 - Tél : 05 22 65 00
 INPE : 092036789

= 9392,80

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche)
 Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr

DR BENABBES TAARJI F.Z
 Endocrinologue - Diabétologue
 1^{er} Etage
 Route d'Azemmour
 0522 93 31 49
 Urgence : 0522 90 07 85

LOT 200079 1

EXP 01 2023

P.P.V : 68.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA



ODIA® 4 mg

30 comprimés

AMM N° 259 DMP/21/NRQ

Remboursable AMO

6 118000 022183

maphar
Zi Zenata Ain Sébaâ, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

maphar
Zi Zenata Ain Sébaâ, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

maphar
Zi Zenata Ain Sébaâ, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

maphar
Zi Zenata Ain Sébaâ, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

LOT 200079 1

EXP 01 2023

P.P.V : 68.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA



ODIA® 4 mg

30 comprimés

AMM N° 259 DMP/21/NRQ

Remboursable AMO

6 118000 022183

LOT 200079 1

EXP 01 2023

P.P.V : 68.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA



ODIA® 4 mg

30 comprimés

AMM N° 259 DMP/21/NRQ

Remboursable AMO

6 118000 022183

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

LOT 200079 1
EXP 01 2023

P.P.V : 68.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA



ODIA® 4 mg

30 comprimés

AMM N° 259 DMP/21/NRQ

Remboursable AMO

6 118000 022183

Glucophage® 850 mg
60 Comprimés pelliculés

6 118000 080640

Glucophage® 850 mg

60 Comprimés pelliculés

6 118000 080640

MEFRAK

Dr. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol
Traitement de l'Obésité - Maigreur
Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V
Sur Rendez-Vous



الدكتور ف. زين جباس التمارجي

اختصاصية في أمراض الغدد - السكري
السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس
بالموعد

ORDONNANCE

Casablanca, le : 08/06/20

Blubaelnah Smevl.

195,00 + 135,00

SP

3.V

glucotest Acomfcheck

+ benzodiaz. gfc par suuille

+

la selle

= 330,00

SP

3.V

صيدلية كينومتر 6
PHARMACIE KM
Dr. OUADILI Sou.
issasa 1 - Tél : 05 22 65
INPE : 09203678

Dr. BENABBES TAARJI F.Z
Diplômée de l'Université René Descartes Paris V
Ang. Communal 1^{er} Etage
Casablanca - Tél. 05 22 93 31 49

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche)
Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr

GTIN (0) **PPC : 135 Dhs**

LOT (10)



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ACCU-CHEK®

Active

Blood glucose monitoring system
Système de surveillance de la glycémie
نظام قياس مستوى السكر في الدم

+30 °C
+2 °C

IVD



CE 0123



ACCU-CHEK and SOFTCLIX are trademarks of Roche.

The USB-IF Logos are trademarks of
Universal Serial Bus Implementers Forum, Inc.

 Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-check.com

Made in Germany

 PPC : 195 Dhs

Roche و ACCU-CHEK هما علامتان تجاريتان تملکهما
الشعارات USB-IF هي علامات تجارية من
Universal Serial Bus Implementers Forum, Inc.

روش دیابتیس کیر جی ام بی اتش
شارع ساندهوفر ١١٦
٦٨٣٠٥ مانهایم. المانيا
www.accu-check.com

صنع في المانيا