

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.

Education :

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.

Prothèse :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041453

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2971 Société : 47596 KAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MEGHARY EL TARISSI MED

Date de naissance : 13-11-1952

Adresse : Rue ACACIAS RES PERLA PORTE 4

ETA 5 APP 50 CASABLANCA

Tél : 06 73 40 18 18 Total des frais engagés : 3384,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/11/2020

Nom et prénom du malade : EL MEGHARY EL TARISSI MED

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, joindre 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 : 17 NOV 2020 Le : 07/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
8/11/20	213	3	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Samia RAIS Rue de Craonne Casablanca Tél: 05 22 44 51 75</p>	11/11/2020	208992

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	
	16/11/2020					160,00dh

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

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																	
	<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

☒ **valable 3 mois**

Le 7/11/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Docteur Bennani Abdelilah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE

- DIABETE

- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)



الدكتور بناني عبد الله

عيادة متخصصة في :

- أمراض الغدد الهرمونية

- السكري

- التغذية

(بالموعد)

Casablanca, le :



7/11/2020
Meghry. 100
69.00 x 2 = 138.00
69.00 x 3 = 207.00
glucosur 15 x 3/

393.00 x 3 = 1179.00
Januvia 100 1/2
1290.00 x 3 = 3870.00
Ipradic 500 1/2

Traitement
de Trois (3) Mois
(Renouvelable)

744.00 x 1 = 744.00
(20h) - 20h
(16h) - 16h
17.80 x 3 = 53.40
Toru 10 - 1/2
139.70 x 3 = 419.10
Glenz 100 1/2

Glenz (one cell ex 160,000) 160,000
1755 x 3 = 5265



Horaire de Consultation:

Lundi / Vendredi : 9h - 17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h

2899,20

* VIGNETTE

GLURENOR® 30 mg
60 comprimés
PPV 69DH

* VIGNETTE

GLURENOR® 30 mg
60 comprimés
PPV 69DH

* VIGNETTE

GLURENOR® 30 mg
60 comprimés
PPV 69DH

* VIGNETTE

GLURENOR® 30 mg
60 comprimés
PPV 69DH

* VIGNETTE

GLURENOR® 30 mg
60 comprimés
PPV 69DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH

5 118001 081615

74786/120514-1
AMM 12/140MP/21/NRQ
6 118001 160457
JANUVIA® 100 mg
Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 393,00 DH

74786/120514-1
AMM 12/140MP/21/NRQ
6 118001 160457
JANUVIA® 100 mg
Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 393,00 DH

74786/120514-1
AMM 12/140MP/21/NRQ
6 118001 160457
JANUVIA® 100 mg
Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 393,00 DH

IPRADIA® LP 500 mg
Boîte de 30 comprimés à libération
prolongée
PPV : 12.90 DH

6 118000 023500

IPRADIA® LP 500 mg
Boîte de 30 comprimés à libération
prolongée
PPV : 12.90 DH

6 118000 023500

IPRADIA® LP 500 mg
Boîte de 30 comprimés à libération
prolongée
PPV : 12.90 DH

6 118000 023500

TORVA¹⁰ 10 mg
30 Comprimés Enrobés

LOT: 1088
PER: 01/22
PPV: 57,80 DH
6 118000 140702

TORVA¹⁰ 10 mg
30 Comprimés Enrobés

LOT: 1088
PER: 01/22
PPV: 57,80 DH
6 118000 140702

TORVA¹⁰ 10 mg
30 Comprimés Enrobés

LOT: 1088
PER: 01/22
PPV: 57,80 DH
6 118000 140702

CO-TANZAAR® 100mg/25mg
28 Comprimés pelliculés
LOT: 205812 EXP: 06/22
PPV: 139DH70
6 118000 071778

CO-TANZAAR® 100mg/25mg
28 Comprimés pelliculés
LOT: 205812 EXP: 06/22
PPV: 139DH70
6 118000 071778

CO-TANZAAR® 100mg/25mg
28 Comprimés pelliculés
LOT: 205812 EXP: 06/22
PPV: 139DH70
6 118000 071778

REMBOURSE
par la
MUTUELLE

On·Call® Extra

Blood Glucose Test Strips

LOT 1190763

2022-06-06

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

Français

Bandelettes pour test de glycémie

Pour l'analyse de glucose dans le sang total à l'aide de la famille de Glycomètres On Call® Extra.

A usage individuel et professionnel.

Uniquement pour usage en dehors du corps.

Contenu:

- 50 Bandelettes
- Mode d'Emploi

Русский

Test-полоски

Для измерения уровня содержания глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров семейства On Call® Extra.

Для самодиагностики и профессионального использования.

Только для использования вне тела.

Упаковка содержит:

- 50 Test-полосок
- Инструкцию-вкладыш

العربية

أشرطة الفحص

لاختيار نسبة الجلوكوز في الدم بالكامل باستخدام مجموعة

لأجهزة اختبار الجلوكوز On Call® Extra

للمراقبة السكر في الدم، للفحص الذاتي والاستخدام المهني.

للاستخدام الخارجي فقط

المحتويات:

• 50 أشرطة الفحص

• نشرة العزمة

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

MDS GmbH
Schiffgraben 41
30175 Hannover, Germany

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



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