

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.

ique :

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 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.

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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0025384

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9623 Société : RHM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ASSAD JAMILA

Date de naissance : 19/11/1964

Adresse :

Tél. : 05 22 91 2336 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Infant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-025384

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-472418

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

0623

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

ASSAD

famille

Date de naissance :

19/10/61

Adresse :

Tél. : 0522912334

Total des frais engagés :

ASSAD

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-472418

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
				INP : <input type="checkbox"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16-10-12	1600 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

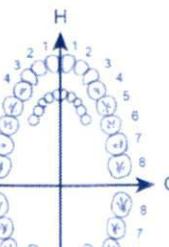
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

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"/>
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		[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'EX

Docteur Malika Naciri

الدكتورة مليكة الناصري

Diplômée de la Faculté de
Médecine de Montpellier
Ancien Maître Assistant
à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Spécialiste des maladies
endocriniennes et de nutrition

Lipidologue - Diabétologue - Obésité

Sur Rendez-vous

خريجة كلية الطب مونبليي

أستاذة مساعدة سابقا بكلية الطب

الدار البيضاء

اختصاصية في أمراض الغدد والتقديمة

والأمراض الذهنية والسمنة

وداء السكري

الاستقبالات بالموعد

Casablanca, le 16 / 10 / 2019 الدار البيضاء في

Mme ASSAD
Toumily

Baudelée Naciré.
4 F de 50.

Docteur
Malika NACIRI
ENDOCRINOLOGIE
DIABÉTOLOGIE
MALADIES DE LA NUTRITION
8, Bd Zerkouni
10 34 - CASABLANCA



First Class Medical

FIRST CLASS MEDICAL

Matériel médical
65 Rue Abou Bakr Mohamed Ibno Zahr
Quartier des Hôpitaux
Casablanca

Facture

Numéro	Date
FAC191591	16/10/19
Code Client	
CCLRIMED1	

ASSAD JAMILA

Référence	Désignation	Qté	P.U. T.T.C.	Remise	Net T.T.C.	Montant T.T.C.	% TVA
B50	BANDELETTE ON CALL PLUS B/50	4	150,00		150,00	600,00	20%

Code	Base	Taux	Montant TVA
C020	500,00	20%	100,00
Total	500,00		100,00

Total HT	500,00
Total TVA	100,00
Total TTC	600,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

Six cents Dirham(s)

FIRST CLASS MEDICAL
65, Rue Abou Bakr Mohamed Ibno Zahr
Quartier des Hôpitaux Casablanca
0522.474.784 - 0522.474.782

Téléphone : 0522 47 47 82

Télécopie : 0522 47 47 51

E-Mail : firstclassmedical7@gmail.com

Capital : 100 000,00

Taxe Professionnelle : 36332161

N° Identifiant Fiscale : 40270663

Registre de commerce : 191005

Banque Attijari Wafa Bank Agence Casa Hassan Sghir RIB : 007 780 0003638000000 400 73

C.N.S.S. : 7962196

I.C.E. : 000102204000045

Site :

On·Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

REF G133-111

Русский

Тест-полоски
Для определения глюкозы в цельной
крови с использованием глюкометров On·
Call® Plus, On Call® EZ и On Call® EZ II.

Из самодиагностики и
профессионального использования.

Пакетика содержит:
• 50 тест-полосок
• Кодовую пластинку
Инструкцию-вкладыш

كرتال الضمان

أشرطة الفحص

لتحصيل السكر في الدم (الكتل) باستخدام جهاز جلوكوز
On Call® EZ II ، On Call® EZ ، On Call® Plus

لقياس السكر في الدم، للتحصيل الذاتي والاستخدام المهني.

المحتويات:
• 50 أشرطة الفحص

• درفلة الكود
• شرارة العزمه

On·Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in whole blood
using the On Call® Plus, On Call® EZ
and On Call® EZ II blood glucose meters.
For self testing and professional use.

Contents:
50 Test Strips
Code Chip
Package Insert



©2014 ACON Laboratories, Inc.



6 82607 53521 7

On·Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

REF G133-111

LOT 394261

2019-05



ACON Laboratories, Inc.
10125 Mesa Rim Road
San Diego, CA 92121, USA
www.acondiabetescare.com

EC | REP

MDSS GmbH
Schiffgraben 41
30175 Hannover, Germany

On·Call® Plus

On·Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

English

Blood Glucose Test Strips
For testing glucose in whole blood using
the On Call® Plus, On Call® EZ and On
Call® EZ II blood glucose meters.
For self testing and professional use.

Contents:

- 50 Test Strips
- Code Chip
- Package Insert

Francés

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

Contenu:

- 50 Bandelettes
- Carte à puce
- Mode d'Emploi

Español

Tiras de prueba para glucosa en sangre
Tiras para la prueba de glucosa en sangre
total utilizando el medidor de glucosa On
Call® Plus, On Call® EZ y On Call® EZ II.
Para auto-control y uso profesional.

Contenido:

- 50 Tiras de prueba
- Chip de codificación
- Manual de instrucciones de uso

Português

Tira de Teste para Glicemia Sangüínea
Tiras para teste de glicose no sanguineo
Para teste de glicose em sangue total
utilizando medidores de Glicemia Sangüínea
On Call® Plus, On Call® EZ e On Call® EZ II.
Para auto-teste e utilização profissional

Conteúdo:

- 50 Tiras de Teste
- Chip de Código
- Instruções de uso

