

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W19-416230

M.D = 24300

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3335	Société :	2Any
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SALIH
Nom & Prénom : abdel			
Date de naissance : 11/04/1957			
Adresse : habibella			
Tél. :	066 812 212	Total des frais engagés :	300 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Wible
Date de consultation :	Wible
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
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 06.03.2020

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

### 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 : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIographies

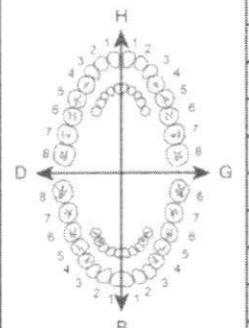
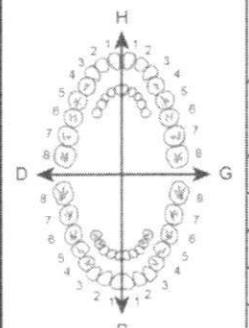
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
WORLD SANTÉ Adama SOW Avenue Oued Dajoura 332 Ouita Casablanca Tél : 05 22 09 12 34	06/03/2020 au 06/03/2020	1	1	1	1	150 DH
	06/03/2020 au 06/03/2020	1	1	1	1	150 DH

### VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
MONTANTS DES SOINS																			
DEBUT D'EXECUTION																			
FIN D'EXECUTION																			
COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
MONTANTS DES SOINS																			
DATE DU DEVIS																			
DATE DE L'EXECUTION																			
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
G																			
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

**FACTURE N° : 2020000004**

SALIH AHMED

le, 06/03/2020

Code Client : 000001

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Montant	Tva
BL N° 2020000230 DU 06/03/2020					
682607535217	ON CALL PLUS BANDLETTE 50	1.00	150.00	150.00	20.00%
2872	ON CALL PLUS APPAREIL	1.00	150.00	150.00	20.00%

WORLD SANTÉ  
 Adama SOW  
 332, Avenue Oued Daoura  
 Oued - Casablanca  
 Tel: 05 22 09 12 34



MUTUELLE  
des caisses de retraite  
REMBOURSE

On-Call® Plus

# On-Call® Plus

Système de Surveillance de la Glycémie

## FIABLE

Pratique, Résultats Précis en 10 Secondes



## COÛT ABORDABLE

Tester Fréquemment Permet d'Améliorer  
le Contrôle de la Glycémie

## MOINS DOULOUREUX

Très Petit Échantillon de Sang  
Test Sur l'Extrémité du Doigt ou  
sur l'Avant-bras



Pour tester le taux de glucose dans le sang total.  
A usage personnel et professionnel.

IVD



35°C  
2°C



CE 0123



MULTI  
TEST  
REMBOURSE

# On·Call® Plus

## Blood Glucose Test Strips

### Français

#### **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

### العربية

#### أشرطة الفحص

لفحص السكر في الدم الكامل باستخدام جهاز التفاص

On Call® EZ II , On Call® Plus

لمراقبة السكر في الدم.

للشخص الذاتي والاستخدام المهني.

#### المحتويات:

- 50 أشرطة الفحص
- رقيقة الكود
- نشرة الحزمة

### Русский

#### **Тест-полоски**

Для определения глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров On Call® Plus и On Call® EZ II.

Для самодиагностики и профессионального использования.

#### Упаковка содержит:

- 50 Тест-полоски
- Кодовую пластинку
- Инструкцию-акладыш

