

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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

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- 0027997

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3097

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAIDA DRISS

Date de naissance : 1.1.57

Adresse : B.P. n° 47 AGENCE ABB Sidi RAHAC

PLAGE CP 26 43350

Tél. 06 77 43 78 42 Total des frais engagés : 130,00 + 1207,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur SOUFLIM Ahmed
Lot 36 Souk LAQDIM
Tél : 05 22 96 30 04
Had Soualem

Date de consultation : 09/03/2020

Nom et prénom du malade : HAIDA DRISS

Age : 69

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTA

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 : Casablanca

Le : 16/03/2020

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
05/3/2020		1	130 000	<p>Dr Bouflim Ahmed Lot 36 Souk LAQDIM Tél : 05 22 96 30 04 Had Soualem</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE BELLA Rte. d'Azoua Soualem Dose Laboratoire Traifia Gsm : 06 69 25 05 44 Tél : 05 22 96 30 04</p>	09.03.20	1207,40

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahmed BOUFLIM

Médecine Générale

Diplômé en Echographie

(Montpellier - France)

Lot N° 36 Souk LAQDIM

Had Soualem

Tél : 05 22 96 30 04

الدكتور أحمد بوفليم

الطب العام

الفحص بالصدى الصوتي

(مونبيلي - فرنسا)

36 السوق القديم

حد السوالم

الهاتف : 05 22 96 30 04

Had Soualem, le :

09/03/2023

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH



PPV : 135,00 Dhs

LOT 200091
EXP 01/2023
PPV 98.30DH

108,00



Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

Lasilix 40mg
20 Cp séc
P.P.V : 34DH60
LOT : 9MA081
PER: 03/2023



P.P.V : 34DH60

LOT : 9MA081

PER: 03/2023

Dr BOUFLIM
136 Souk LAQDIM
Tél : 05 22 96 30 04
Had Soualem

Close/Re-cap container
tightly immediately after
removing strips.

يرجى إحكام إغلاق العبوة مباشرة
بعد إخراج شرائط الاختبار.

ACCU-CHEK®
Active

07124155

25 Test strips

1 ACTIVATION CHIP

**5 ca.
sec.**

For the
determination of
blood glucose

Suitable for
self-testing

Only for
Accu-Chek® Active

+2°C  +30°C

Roche

**أكيو-تشيك
أكتيف**

07124155

٢٥ شريط اختبار

١ شريحة التفعيل

**٥ حوالتي
ثوان**

لقياس مستوى
السكر في الدم

مناسب للفحص
الذاتي

يستخدم فقط مع
أكيو-تشيك أكتيف



Roche

ACCU-CHEK®
Active

07124155

25 Test strips

1 ACTIVATION CHIP

**5 ca.
sec.**

For the
determination of
blood glucose

Suitable for
self-testing

Only for
Accu-Chek® Active

CE 0088

Roche

ACCU-CHEK®
Active

07124155

25 Bandelettes réactives

1 PUCE
D'ACTIVATION

**5 env.
sec.**

Pour la
détermination
de la glycémie

Utilisable en
autocontrôle

Seulement pour
Accu-Chek® Active

IVD

Roche

REF 07124155019



صنع في ألمانيا / Made in Germany

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



07126352001(02)
044x044x080 E

10
1030144/6056745
FG0010273-068

GD2 350 IV

