

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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 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

 Maladie Dentaire Optique Autres

25115

Matricule : 3097 Société : RAM

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom &amp; Prénom :

HAIDA DRISSE

Date de naissance :

1-1-57

Adresse : B.P. n° 47 AGENCE ABB SIDI RAHAD

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 BOUFLIM 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 DRISSE

Age : 69

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Diabète MUPRAS

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 : 10/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
05/01/2020	C	1	130,000	Docteur S. SOUKILAH AHMED Lai 36 Souk LAQDIM Tél : 06 22 96 30 6 Had SOUKILAH

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE BELHAROUNI</b> Rte. d'Azemmour - Guézennec Drs. Loraïma Traïfia Gsm : 06 69 25 05 44 Tél. 05 29 17 78	29.03.20	1207,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



# ACCU-CHEK® Active

07124155

**25** Test strips

1 ACTIVATION CHIP

**5 ca.  
sec.**For the  
determination of  
blood glucoseSuitable for  
self-testingOnly for  
Accu-Chek® Active

+2°C / +30°C

Roche

REF 07124155019



4 015630 064144

Made in Germany / صنع في ألمانيا

Roche Diabetes Care GmbH  
Sandhofer Strasse 116  
68305 Mannheim, Germany  
[www.accu-cheek.com](http://www.accu-cheek.com)



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

يرجى إحكام إغلاق العبوة مباشرة  
بعد إخراج شرائط الاختبار.

## أكيو-تشيك آكتيف

07124155

**٢٥** شريط اختبار

١ شريحة التفعيل

**٥** حوالى  
ثوانٍلقياس مستوى  
السكر في الدممناسب للفحص  
الذاتيباستعمال فقط مع  
أكيو-تشيك آكتيف

Roche

07126352001(02)  
044x044x080 E

## ACCU-CHEK® Active

07124155

**25** Test strips

1 ACTIVATION CHIP

**5 ca.  
sec.**For the  
determination of  
blood glucoseSuitable for  
self-testingOnly for  
Accu-Chek® Active

CE 0088

## ACCU-CHEK® Active

07124155

**25** Bandelettes réactives1 PUCE  
D'ACTIVATIONPour la  
détermination de la  
glycémieUtilisable en  
autocontrôleSeulement pour  
Accu-Chek® Active**5 env.  
sec.**

IVD

Roche

10  
1030144/6056745  
FG0010273-068

GD2 350 IV

