

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## **armacie :**

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.

## **tique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **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](http://www.mupras.com)



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1990

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GHALI Amor

Date de naissance : 43

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : 519,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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, 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) : .....

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL OUAZ C.C.O.U. Haj Nasra C.C.O.U. en Pharmacie C.C.O.U. Qued Sebou - El Oued Tél : 05 22 90 53 45 Fax : 05 22 90 53 45 N° C.A.S.I.B.L.A.N.C.A. 0514468600057		519,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

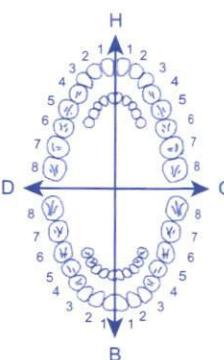
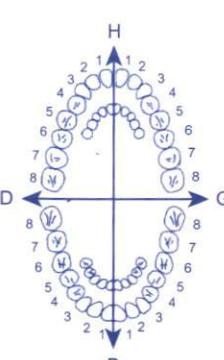
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan d

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	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'EXECU

Le .....

Facture N° 30

M: .....

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
	Jamant	437,00	
	Bardella forte	825,00	
	Total	1262,00	
	L'facture et due à la mme de cinq cent dis mfd 15 Sots		

PHARMACEUTICAL GUARD  
S. CHAKAK HAI NASSER  
Distributeur en Pharmacie  
55 Av. Mohamed V Casablanca  
Tél / Fax : 05 22 91 84 45  
ICE : 015414800

6 118001 160495  
JARUMELE 50/1000 mg  
AMM 300mg/175mg  
Boite de 50 Comprimés Perillatiles  
DISTRIKUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH



**BIONIME**

Blood Glucose Test Strip



2021-10-07



2119B1201

PPM

82.50

**BIONIME**

Blood Glucose Test Strip

**Features:**

- User friendly design
- Only 1.4 $\mu$ L blood sample required  
Less blood means less pain
- Noble metal Electrode Strip performs high Precision and Accuracy

**BIONIME CORPORATION**

No. 100, Sec. 2, Daqing St., South Dist., Taichung City 40242, Taiwan

Tel: +886 4 23692388

Fax: +886 4 22617586

<http://www.bionime.com>

E-mail: info@bionime.com

EC REP

**BIONIME GmbH**

Tramstrasse 16, 9442 Berneck,  
Switzerland

E-mail: info@bionime.ch



0197



**BIONIME**

Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial of 25)



Noble Metal Electrode Strip  
(Smart Code Key included)

**Rightest™ GS300**

# BIONIME

Blood Glucose Test Strip

For *in vitro* diagnostic use

For self-testing and professional use

- Store between temperature 4°C and 30°C (39°F and 86°F)
- Do not freeze
- Read package insert before using
- Use within 3 months of opening strip vial
- Do not use if expiration date has passed
- Do not use if seals are broken
- Discard test strip properly after single use



4°C - 30°C

Use with **Rightest™ GM300**

101-2GS300-1G2

EN

# BIONIME

Blood Glucose Test Strip

## Instruction of use GS300

1. Insert the strip into the socket on the top of the meter and wait for the information on the blood glucose meter LCD to appear.



2. After obtaining a blood sample on your finger, gently touch the tip of the strip in order for the blood sample to be absorbed.

**Rightest™ GS300**

