

# 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.

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



Déclaration de Maladie : N° P19- 0016543

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2855 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : DABJI - Boucheb Date de naissance : 20/06/49

Adresse : 20 rue Bouley Hani, AZOLA Hay Hassan

Tél. : 0522 927106 Total des frais engagés : 375,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

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

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : MCD

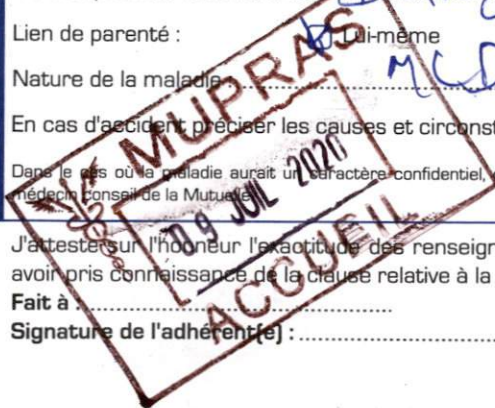
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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) : .....





# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant des Actes	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

# 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 Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

**DUO MEDICAL**  
Résidence Abouhamd Ben Rejjou  
N° 8 Oulfa Casablanca  
Tél. 91.08.52 - Fax: 91.08.53

12/06/20

5 bandelette glycémie  
antoupluix 25

375,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

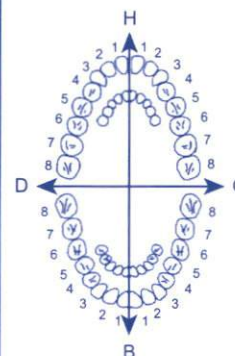
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

# 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

H

25533412 21433552  
00000000 00000000

D

G

00000000 00000000  
35533411 11433553

B

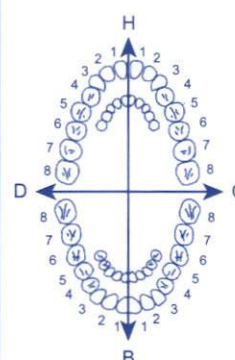
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# DUO MEDICAL

Equipelement Médical, Paramédical  
Orthopédie, Appareil diabète,  
Chirurgical, Parapharmacie

Facture N° : 2020166

MR DABJI BOUCHAIB

DATE

CLIENT

PAGE

12/06/2020

P004

1

CASABLANCA

RÉFÉRENCE	DÉSIGNATION	QUANTITÉ	Prix Uni. TTC	Montant TTC	% TVA
SYP016	CONTOUR PLUS X 25	5	75.00	375.00	20.00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A L SOMME DE :

trois cent soixante-quinze dirhams

DUO MEDICAL  
Résidence Abouab Oum Errabii  
Magasin N°9 - F.S. - Casablanca  
Tél.: +212 522 91 08 34 / +212 522 91 08 53  
GSM : 06 61 43 71 99

TOTAUX

H.T. : 312.50

T.V.A. : 62.50

NET A PAYER

375.00



Résidence Abouab Oum Errabii Magasin N°9  
Hay El Oulfa - R.C. Casa N° 78177 - T.V.A N° 732935  
Taxe professionnelle N° 35004577 - I.F. N° 02221469  
C.N.S.S. N° 2570697 - I.C.E. N° 001657783000024  
Compte N°0109400001200143 (agence BMCI Casa Hay Hassani)

Tél.: +212 522 90 40 34  
+212 522 91 08 52  
Fax : +212 522 91 08 53  
Lhaj-hamid@hotmail.fr

# Contour<sup>TM</sup> plus

کوئٹو پلس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

## 25

Test Strips

Bandelettes  
réactives

شریط اختبار

نوار تست

**NO  
CODING**

SANS CODAGE



# Contour<sup>TM</sup> plus

کوئینر پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

## 25

Test Strips

Bandelettes  
réactives

شریط اختبار

نوار تست

**NO  
CODING**

SANS CODAGE



# Contour<sup>TM</sup> plus

کوئٹو پلس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

## 25

Test Strips

Bandelettes  
réactives

شریط اختبار

نوار تست

**NO  
CODING**

SANS CODAGE



# Contour<sup>TM</sup> plus

کوئٹو پلس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

## 25

Test Strips

Bandelettes  
réactives

شریط اختبار

نوار تست

**NO  
CODING**

SANS CODAGE





# Contour<sup>TM</sup> plus

کوئٹو پلس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

## 25

Test Strips

Bandelettes  
réactives

شریط اختبار

نوار تست

**NO  
CODING**

SANS CODAGE

