

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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° P19-0005686

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3535 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SALIH Ahmed Date de naissance : 11/04/1957
Adresse : Basi Truik
Tél. : Total des frais engagés : 260,00 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 : Casablanca Le : 30 / 07 / 2022

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PARAPHARMACIE CHERROUK SARL AU 26 AV Mers Sultan Etg 1er Casat' nco IF: 50279892 RC: 304157	30/01/2022	2600.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

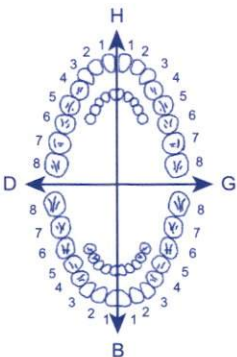
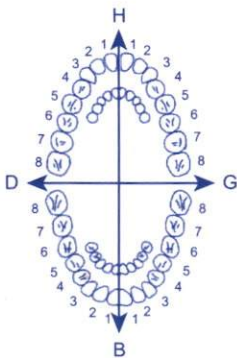
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
			<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H			H																	
25533412			21433552																	
00000000			00000000																	
D			G																	
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Parapharmacie CHERROUK

30/07/22

FACTURE N° : 004/2022

CLIENT : SALIH AHMED
Tél : 0666812717

DESCRIPTION	QTÉ	PRIX UNITAIRE	TOTAL
ON CALL PLUS BANDELETTES	2	130,00	260,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENT SOIXANTE DIRHAMS

PARAPHARMACIE
CHERROUK SARL AU
26 AV Mers Sultan Etg 1
Casablanca
IF: 50279892 RC : 504137

SOUS-TOTAL	260,00
REMISE	0,00
Montant HT	216,67
Taux TVA	20,00%
Montant TVA	43,33
Montant TTC	260,00 MAD

Parapharmacie CHERROUK SARL AU, Tel : 05 20 17 95 82 , Gsm : 06 64 83 25 35 , 26 Avenue Mers Saltan Appt 3 N° 1 20400 Casablanca
RC: 504137, N° Patente: 34102327, IF: 50279892, CNSS: 2623645,
ICE : 002811898000072

REMBOURSE
par la
MUTUELLE

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 القياس
On Call® EZ II , On Call® Plus

لمراقبة السكر في الدم

للفحص الذاتي والاستخدام المهني.

المحتويات:

- 50 أشرطة الفحص
- بطاقة الكود
- نشرة الحزمة

REMBOURSE
par la
MUTUELLE

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.
Uniquement pour usage en dehors du corps.

Contenu:

- 50 Bandelettes
- Carte à Puce
- Mode d'Emploi

العربية

أشرطة الفحص

لفحص السكر في الدم الكامل باستخدام جهاز القياس
On Call® EZ II , On Call® Plus
للفحص الذاتي والاستخدام المهني.
للإستخدام الخارجي فقط.

Русский

Тест-полоски

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

Для самодиагностики и профессионального использования.

Только для использования вне тела.

Упаковка содержит:

- 50 Тест-полоски
- Кодовый чип
- Инструкцию-вкладыш

المحتويات:

- 50 أشرطة الفحص
- بطاقة كود
- نشرة الحزمة