

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 366 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI Mohamed

Date de naissance : 1979

Adresse :

Tél. : 05 22 29 10 70 Total des frais engagés : 2650,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/07/2023

Nom et prénom du malade : C.HAKIR EP. MESSAOUDI MELLOUD Age : 43 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

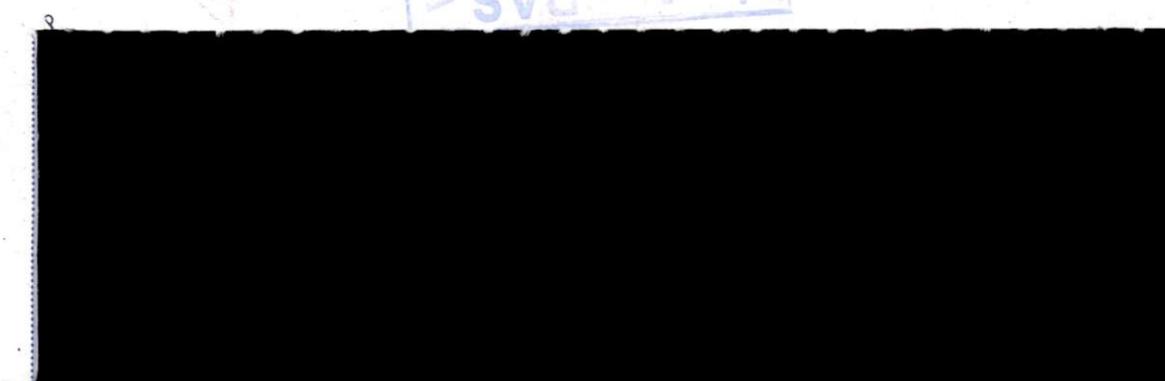
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : Messoudi



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
25.07.2023	Ca		300,00 dh	<i>Zekri Abdelati</i> INPE : 091166876

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ZEKRI Abdelati</i> Docteur Zekri Abdelati 220-222-224 B.J Oued Bououya El Oued Casablanca Tel: 0522.90.7.13 ICE: 00229122000000	25/07/23	2383,25

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

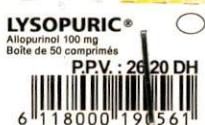
~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

~~LOT D564733H.8~~
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

PPV: 18DH00
PER: 03/26
LOT: M1158

PPV: 18DH00
PER: 03/26
LOT: M1158

PPV: 18DH00
PER: 03/26
LOT: M1159



PPV 97DH60
PER 05/25
LOT M1518

PPV 97DH60
PER 05/25
LOT M1518

PPV 97DH60
PER 05/25
LOT M1518

PPV
LOT
PER

PPV
LOT
PER

PPV
LOT
PER

PPV
LOT
PER



PPV: 39DH80
PER: 03/26
LOT: M768

(01) 04015630056316

Ölçüm çubuğunu
aldıktan sonra şişeyi
hemen sıkıca kapatın.

LOT (10) 26066531

2024-05-03

2022-08-04

UDI



ACCU-CHEK® Active

07124112

Amaçlanan kullanım:

Yalnız vücut dışında tıbbi tanı amaçlı kullanılır

ÜRETİCİ FIRMA

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

İTHALATÇI FIRMA

Roche Diagnostics Turkey A.Ş.
Esentepe Mahallesi Kırğılı Sokak No: 4
34394 Şişli, İstanbul

Türkiye

Telefon: +90 212 306 06 06

Müşteri Danışma Hattı:

0800 211 36 36 (ücretsiz)

0850 211 36 36

www.roche.com.tr İthalatçı adı:

Roche Diagnostics Turkey A.Ş.
Esentepe Mah. Kırğılı Sok. No:4
Sisli 34394 İstanbul Türkiye
Tel: (212) 3060606
GTIN: 04015630056316
LSN: 000117563981



09387684001(01)

044x044x080 |

ACCU-CHEK® Active

07124112

50

**TESTÓW
PASKOWYCH**

Wynik w 5 sekund

**ÖLÇÜM ÇUBUĞU
5 saniyelik test**



(01) 04015630056316

Ölçüm çubuğunu
aldıktan sonra şişeyi
hemen sıkıca kapatın.

LOT (10) 26066531

2024-05-03

2022-08-04

UDI



ACCU-CHEK® Active

07124112

Amaçlanan kullanım:

Yalnız vücut dışında tıbbi tanı amaçlı kullanılır

ÜRETİCİ FIRMA

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

İTHALATÇI FIRMA

Roche Diagnostics Turkey A.Ş.
Esentepe Mahallesi Kırğılı Sokak No: 4
34394 Şişli, İstanbul

Türkiye

Telefon: +90 212 306 06 06

Müşteri Danışma Hattı:

0800 211 36 36 (ücretsiz)

0850 211 36 36

www.roche.com.tr İthalatçı adı:

Roche Diagnostics Turkey A.Ş.
Esentepe Mah. Kırğılı Sok. No:4
Sisli 34394 İstanbul Türkiye
Tel: (212) 3060606
GTIN: 04015630056316
LSN: 000117563981



09387684001(01)

044x044x080 |

ACCU-CHEK® Active

07124112

50

**TESTÓW
PASKOWYCH**

Wynik w 5 sekund

**ÖLÇÜM ÇUBUĞU
5 saniyelik test**

