

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 canaux, 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 canaux.

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-785418

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 1853M
 Nom & Prénom : ASSADIKI MOHAMED
 Date de naissance : 1952
 Adresse : AP 03 IMP 47 Lot ASSABAH ASSADIKI EL SAADIA
 ASSADIKI
 Tél. : 0699 59 95 96 Total des frais engagés : 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 : 05 DEC. 2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-785418

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE SNOUSS
 Docteur GILLES SNOUSS Ahmed
 20 Ziguéba, 7ème Arrondissement, Casablanca
 Tél: 05 24 79 26 95

27/11/2023

Code: INPE 69.00 dh
 072095862

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

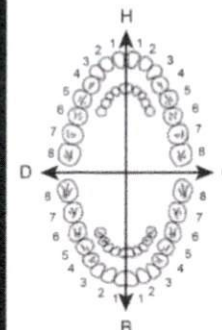
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

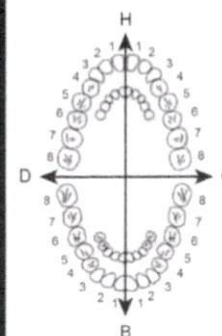
| H | | G | |
|----------|----------|---|--|
| 25533412 | 21433552 | | |
| 00000000 | 00000000 | | |
| 00000000 | 00000000 | | |
| 35533411 | 11433553 | | |
| B | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le 22/11/2023 à Essaouira

Facture N° 0008890

PHARMACIE SNOUSSI

Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed

22 Ziguag Roumane, Essaouira Al Jadida

Tel: 05 24 79 26 95

Mr / Mme

MOHAMMED ASSIDEKI

| Qté | Designation | P.U | Total |
|-------|----------------------------------|------|----------|
| 01 | Vivachek Ina Bandelettes / 25 | 6900 | 69,000 |
| Total | | # | 69,000 # |

Actu la prise de la facture a
la somme de sixante dix-neuf,

PHARMACIE SNOUSSI

Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed

22 Ziguag Roumane, Essaouira Al Jadida

Tel: 05 24 79 26 95

Code: INPE
072095862

VivaChek™ Ino

Blood Glucose Test Strips

For testing glucose
in whole blood using
the VivaChek™ Ino
blood glucose
meters.
For self testing
and professional
use.

25
TESTS



Contents:

- 25 test strips
- Package insert

CE 0197

© 2021 VivaChek Biotech (Hangzhou) Co., Ltd.



6 970221 761667

VivaChek™ Ino

Blood Glucose Test Strips

Português

Tiras para teste de glicose

Para teste de glicose em sangue total
utilizando o medidor de glicose no
sangue VivaChek™ Ino.

Para auto-exame e uso profissional.

Conteúdo:

- 25 tiras de teste
- Bula

كرت الضمان

أشرطة الفحص

لفحص السكر في الدم الكامل باستخدام جهاز الفحص

للفحص VivaChek™ Ino لمرافقة السكر في الدم

للفحص الذاتي والاستخدام المهني.

المحتويات:

- أشرطة الفحص 25
- نشرة الحزمة

VivaChek™ Ino

Blood Glucose Test Strips

Français

Bandelettes de glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang entier
en utilisant les glucomètre VivaChek™ Ino.
A usage individuel et professionnel.

Contenu:

- 25 bandelettes
- Mode d'Emploi

Español

Tiras reactivas para glucosa

Para la prueba de sangre total utilizando el
medidor de glucosa en sangre VivaChek™ Ino.
Para auto-examen y uso profesional.

Contenido:

- 25 tiras reactivas
- Inserto



VivaChek™ Ino

Blood Glucose Test Strips

REF VGS01-012

MODEL VGS01

LOT 230540

2025-02

VivaChek™

VivaChek Biotech (Hangzhou) Co., Ltd.
Level 2, Block 2, 148 East Chaofang Rd.
Yuhang Economy Development Zone,
Hangzhou, 311100, Zhejiang P.R. China
www.vivachek.com

Lotus NL B.V.
Koningin Julianaplein 10, 1e Verd,
2595AA, The Hague, Netherlands
E-mail: peter@lotus.nl
Tel: +316441 68999