

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

M22- 0042294

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8828 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TOUMANI ASMA
 Date de naissance : 22.08.1966
 Adresse : WIAM WAFATH IM 18N° 14 OULFA.
 LA ABLANCA
 Tél. : 0661327042 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : 08/11/23
 Nom et prénom du malade : Toumani Asma Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie
 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 donné mon consentement relative à la protection des données personnelles.


Le : 08/11/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
08/11/23	C		2000	
02/11/23	entick		2000	



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/11/23	1385,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

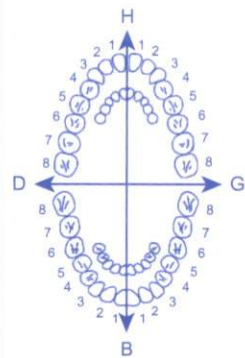
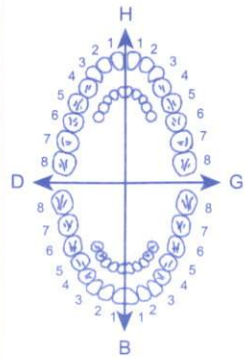
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
						

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															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Dr. Hajar BENSLIMANE

Allergologue - Omnipraticienne

Diplômée en Allergologie de la faculté de Montpellier

Diplômée en Diabétologie de la faculté de Rabat



Asthme, Rhino-conj
Allergie alimentaire
Allergie médicaments
Urticaire, Eczéma
Tests allergologiques
Exploration fonctionnelle
Désensibilisation spécifique
Prise en charge et suivi
Médecine générale

Casablanca, le : 08/11/23.

Patient (e) : Toumaï A...



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH
6 118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH
6 118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH
6 118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 439,00 DH
6 118001 081639

loutus Solostar

36 utés à 25h x 03 ms

439 n
98,40 x 6

Apidra Solostar



12 Unités au matin

12 Unités le midi

12 Unités le soir.

x 03 ms
28,00

19,90
28,00 x 2
43,80

Glucophage 1000 ou ADO 1000

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

79,00 x 3



1 cp à midi

43,80

Taher 10

19,90

7385,60
Résidence Riad

EXP

P.P.V

P.P.V

P.P.V

LOT N° 11056

79,00

79,00

79,00

700, -

Bandelettes Reactis

AIR MAIL
Hay MIA
N° 20

PHARMACAL
Rue 300
CASA
8727
15 26

6 auto-essais ; x 03 M

Dr. Benslimane Hajar
Médecin Généraliste Allergologue
Res. Riad Garden, Im 2, Bd Laymoun
Casablanca - Tel: 05 22 69 20 13



Facture en FRF N° : 23/1076

TOUMANI ASMAA

DATE	CLIENT	PAGE
15/12/2023	1977	1

Réf.	Désignation	Quantité	Prix Uni. TTC	Montant TTC	% TVA
B.ONE 26	BANDELETTE BTE 50	7	100.00	700.00	20.00

BASES HT	REMISE	MT TVA	% TVA	PORT	TOTAUX	TOTAL TTC	ACOMPTE	NET A PAYER
1 583.33	Tx: 0.00 0.00	116.67	20.00	0.00 0.00	H.T. : 583.33 T.V.A. : 116.67	700.00	0.00	700.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

sept cents dirhams

AIR MEDICAL
Miy Abdellah Rue 300
N° 29 Ain Chok Casa
Tél: 0522 87 27 49
06 68 78 15 26









RIGHTEST™

GS260

Bandelettes-test de glycémie

Destiné aux épreuves diagnostiques *in vitro*.
Ce produit est destiné à l'auto-test et à un usage professionnel.

Conserver sous une température comprise entre 4 et 30°C (39 et 86°F) et sous une humidité relative comprise entre 10 et 90%

Ne pas congeler

Lisez la notice incluse dans l'emballage avant utilisation

Utilisez les bandelettes dans les 3 mois suivant l'ouverture de le flacon

Ne pas utiliser passé la date d'expiration

Ne pas utiliser si l'emballage est ouvert ou endommagé

Éliminez les bandelettes-tests correctement après usage unique



101-2GS260-050
FR(MA)



RIGHTEST™

GS260

Bandelettes-test de glycémie

Utilisation facile



Insérez la bandelettes-test et l'appareil de mesure effectuera automatiquement le cryptage automatique.



Appliquez une petite goutte de sang lorsque le symbole de la goutte de sang clignote.



N° 25 RDC, RUE LAHCEN EL AROUNE
QUARTIER DES HOPITAUX
20360 CASABLANCA, MAROC





RIGHTEST™

GS260

Bandelettes-test de glycémie

Destiné aux épreuves diagnostiques *in vitro*.
Ce produit est destiné à l'auto-test et à un usage professionnel.

Conserver sous une température comprise entre 4 et 30°C (39 et 86°F) et sous une humidité relative comprise entre 10 et 90%

Ne pas congeler

Lisez la notice incluse dans l'emballage avant utilisation

Utilisez les bandelettes dans les 3 mois suivant l'ouverture de la bouteille

Ne pas utiliser après la date d'expiration

Ne pas utiliser si l'emballage est ouvert ou endommagé

Éliminez les bandelettes-tests correctement après usage unique



101-2GS260-050
FR(MA)



RIGHTEST™

GS260

Bandelettes-test de glycémie

Utilisation facile



Insérez la bandelette-test et l'appareil de mesure effectuera automatiquement le cryptage automatique.



Appliquez une petite goutte de sang lorsque le symbole de la goutte de sang clignote.



N° 25 RDC, RUE LAHCEN EL AROUNE
QUARTIER DES HOPITAUX
20360 CASABLANCA, MAROC

