

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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](http://www.mupras.com)

W21-839968

MLD

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11995

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZITOUR ICHAM

Date de naissance : 10.10.78

Adresse :

Tél. : 0669064797

Total des frais engagés : 811 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 :

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 pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....

Le : .....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLONTÉ ADHÉRENT

## 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
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/11/20	8111.00

## 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

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

Soins	Traitées	Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
 Novo Nordisk®					<b>50</b> <b>On-Call® Plus</b> Blood Glucose Test Strips
<p><b>Respecter les doses prescrites</b>  <b>احترم المقدار الموصى به</b></p> <p>Uniquement sur          ordonnance/Liste II</p> <p>مسنود بموزع من طرف لابروفن          مسكنة الاوجاع          21 زنقة الارادية          203000 الدار البيضاء          © 2018          بوفونيس ش / م          بوفون إلى دوكسيفون دوكسيفون DK-2880          المندلوك</p> <p>NovoRapid® FlexPen®          100 U/ml          Solution injectable          5 stylos pré-remplis de 3 ml          PPV : 571,00 DHS</p> <p>6 118001 121304</p> <p>2-028-52-0296-8</p> <p>Diagram showing a grid of 64 numbered points (1-8 in each of 8 columns and 8 rows) with axes labeled D, B, G, H.</p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>35533411 11433553</p> <p>50</p> <p>Contents:          50 Test Strips          Code Chip          Package Insert</p> <p>50</p> <p>CE 0123</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>					

Le 5/11/24

PIZZA  
Rue 13 Diyar El Menzeh  
Lissasfa - Casablanca  
Tél: 0522 65 13 99

Mme Biteur Ilyam

Reçu Pour Achat De :

1 → Norrapide Flépens stylos : 577,00  
2 → Onca PP Plus 50 Band Lettres : 120,00

TOTAL : 817,00

PIZZA  
Rue 13 Diyar El Menzeh  
Lissasfa - Casablanca  
Tél: 0522 65 13 99

# On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in whole blood  
Using the On Call® Plus and On Call®  
EZ II blood glucose meters.  
For self testing and professional use.  
Only for use outside the body.

Contents:  
50 Test Strips  
Code Chip  
Package Insert



CE 0123

IVD



0123