

# 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

- 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

M23-0024787

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7705 Société : RAN 201673  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Ouedraoui Azzeddine  
Date de naissance : 29/08/1961  
Adresse : 38, BD Du Laing Casablanca  
Tél. : 0661156764 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 : .....  
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) : .....

# 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 Praticien ou du Prescripteur

Date

Montant de la Facture

23/02/24

1029,00

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

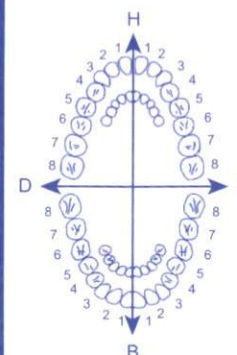
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

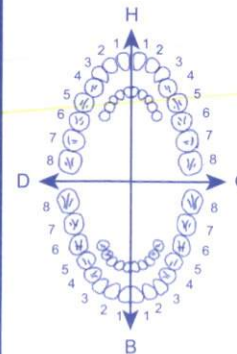
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE FOUCAULD

27, Rue Moussa Ben Nousseir

R.C : 431348

Patente: 35500108

T.V.A :

C.N.S.S: 1715400

Tél : 022 26 42 12

Le 23/02/2024

**FACTURE N°370502**

N° ICE : 000501906000020

N° IF : 61317230

**OUDGHIRI AZZEDDINE**

| Qté                                                                                                                                                                                                        | Désignation                    | PPV Unitaire | Total<br>BRUT | Dont<br>TVA | %<br>Taux |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------|---------------|-------------|-----------|
| 2                                                                                                                                                                                                          | ACCU CHEK ACTIVE BANDELETTE 50 | 259,50       | 519,00        | 86,50       | 20,00     |
| 2                                                                                                                                                                                                          | ACCU CHEK ACTIVE BANDELETTE 50 | 255,00       | 510,00        |             |           |
| <div><b>Pharmacie FOUCAULD</b><br/>27, Rue Moussa Ben Nousseir<br/>Gauthier - Casablanca<br/>Tél : 05 22 26 42 12</div> |                                |              |               |             |           |

**TOTAL T.T.C :**

**1 029,00**

|              |               |           |                |        |         |       |
|--------------|---------------|-----------|----------------|--------|---------|-------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | Montant : | TVA 20% Base : | 519,00 | Montant | 86,50 |
|--------------|---------------|-----------|----------------|--------|---------|-------|

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Mille Vingt Neuf Dirhams.

Close/Re-cap container  
tightly immediately after  
removing strips.

Après prélèvement de la  
bandelette réactive, refermer  
le tube immédiatement.

**ACCU-CHEK®**  
Active

07124112

(EN) For the determination of blood glucose  
Only for Accu-Chek® Active

(FR) Pour la détermination de la glycémie  
Seulement pour Accu-Chek® Active

(AR) لقياس مستوى السكر في الدم  
يستعمل فقط مع أكيو-تشيك أكتيف

Roche ACCU-CHEK هي علامة تجارية تملكها Roche

روش ديابيتس كير جي إم بي إنش  
شارع ساند هوfer 116  
68305 مانهايم، ألمانيا  
www.accu-chek.com

70010908

1

1065070/6129004  
FG0010273-157

GD2 350 IV

**ACCU-CHEK®**  
Active

07124112

50

TEST STRIPS  
5 second test

BANDELETTES  
RÉACTIVES

Mesure en 5 secondes



Roche

REF 07124112019



صنع في ألمانيا / Made in Germany

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



Close/Re-cap container  
tightly immediately after  
removing strips.

يرجى إحكام إغلاق العلبة  
مباشرة بعد  
إخراج شرائط الاختبار.

**ACCU-CHEK®**  
Active

07124112

United Kingdom

Roche Diabetes Care Limited  
Charles Avenue, Burgess Hill  
West Sussex, RH15 9RY, United Kingdom  
Accu-Chek Customer Careline<sup>1)</sup>  
UK Freephone number: 0800 701 000  
ROI Freephone number: 1 800 709 600

<sup>1)</sup> calls may be recorded for training purposes

Some mobile operators may charge for calls to  
these numbers.

www.accu-chek.co.uk  
www.accu-chek.ie

ACCU-CHEK is a trademark of Roche.

IVD



CE 0123

+2 °C +30 °C



Roche

09387595001(01)

044x044x080 I

(01) PPC: 259,50 Dhs

LOT (10) 26071231

2024-10-24

2023-01-25

UDI



**أكيو-تشيك**  
أكتيف

07124112

00

شريط اختبار  
اختبار 0 ثوان



Roche

Close/Re-cap container  
tightly immediately after  
removing strips.

Après prélèvement de la  
bandelette réactive, refermer  
le tube immédiatement.

**ACCU-CHEK®**  
Active

07124112

(EN) For the determination of blood glucose  
Only for Accu-Chek® Active

(FR) Pour la détermination de la glycémie  
Seulement pour Accu-Chek® Active

(AR) لقياس مستوى السكر في الدم  
يستعمل فقط مع أكيو-تشيك أكتيف

Roche ACCU-CHEK هي علامة تجارية تملكها Roche

روش ديابيتس كير جي إم بي إنش  
شارع ساند هوfer 116  
68305 مانهايم، ألمانيا  
www.accu-chek.com

70010908

1

1065070/6129004  
FG0010273-157

GD2 350 IV

**ACCU-CHEK®**  
Active

07124112

50

TEST STRIPS  
5 second test

BANDELETTES  
RÉACTIVES

Mesure en 5 secondes



Roche

REF 07124112019



صنع في ألمانيا / Made in Germany

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



Close/Re-cap container  
tightly immediately after  
removing strips.

يرجى إحكام إغلاق العلبة  
مباشرة بعد  
إخراج شرائط الاختبار.

**ACCU-CHEK®**  
Active

07124112

United Kingdom

Roche Diabetes Care Limited  
Charles Avenue, Burgess Hill  
West Sussex, RH15 9RY, United Kingdom  
Accu-Chek Customer Careline<sup>1)</sup>  
UK Freephone number: 0800 701 000  
ROI Freephone number: 1 800 709 600

<sup>1)</sup> calls may be recorded for training purposes

Some mobile operators may charge for calls to  
these numbers.

www.accu-chek.co.uk  
www.accu-chek.ie

ACCU-CHEK is a trademark of Roche.

IVD



CE 0123

+2 °C +30 °C



Roche

09387595001(01)

044x044x080 I

(01) PPC: 259,50 Dhs

LOT (10) 26071231

2024-10-24

2023-01-25

UDI



**أكيو-تشيك**  
أكتيف

07124112

00

شريط اختبار  
اختبار 0 ثوان



Roche

Close/Re-cap container  
tightly immediately after  
removing strips.

Après prélèvement de la  
bandelette réactive, refermer  
le tube immédiatement.

**ACCU-CHEK®**  
Active

07124112

(EN) For the determination of blood glucose  
Only for Accu-Chek® Active

(FR) Pour la détermination de la glycémie  
Seulement pour Accu-Chek® Active

(AR) لقياس مستوى السكر في الدم  
يستعمل فقط مع أكيو-تشيك أكتيف

Roche ACCU-CHEK هي علامة تجارية تملكها Roche

روش ديابيتس كير جي إم بي إتش  
شارع ساندوهوفر 116  
68300 مانهايم، ألمانيا  
www.accu-chek.com

70010908

1

1065070/6129004  
FG0010273-157

GD2 350 IV

**ACCU-CHEK®**  
Active

07124112

**50**  
**TEST STRIPS**  
**5 second test**

**BANDELETTES**  
**RÉACTIVES**  
**Mesure en 5 secondes**



Roche

REF 07124112019



صنع في ألمانيا / Made in Germany

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



Close/Re-cap container  
tightly immediately after  
removing strips.

يرجى إحكام إغلاق العلبة  
مباشرة بعد  
إخراج شرائط الاختبار.

**ACCU-CHEK®**  
Active

07124112

United Kingdom

Roche Diabetes Care Limited  
Charles Avenue, Burgess Hill  
West Sussex, RH15 9RY, United Kingdom  
Accu-Chek Customer Careline<sup>1)</sup>  
UK Freephone number: 0800 701 000  
ROI Freephone number: 1 800 709 600

<sup>1)</sup> calls may be recorded for training purposes

Some mobile operators may charge for calls to  
these numbers.

www.accu-chek.co.uk  
www.accu-chek.ie

ACCU-CHEK is a trademark of Roche.

IVD



CE 0123

+2 °C +30 °C



Roche

09387595001(01)

044x044x080 I

(01) PPC: 259,50 Dhs

LOT (10) 26071231

2024-10-24

2023-01-25

UDI



**أكيو-تشيك**  
أكتيف

07124112

**0•**  
**شريط اختبار**  
**اختبار 0 ثوان**



Roche

Close/Re-cap container  
tightly immediately after  
removing strips.

Après prélèvement de la  
bandelette réactive, refermer  
le tube immédiatement.

**ACCU-CHEK®**  
Active

07124112

(EN) For the determination of blood glucose  
Only for Accu-Chek® Active

(FR) Pour la détermination de la glycémie  
Seulement pour Accu-Chek® Active

(AR) لقياس مستوى السكر في الدم  
يستعمل فقط مع أكيو-تشيك أكتيف

Roche ACCU-CHEK هي علامة تجارية تملكها Roche

روش ديابيتس كير جي إم بي إنش  
شارع ساندوهوفر 116  
68300 مانهايم، ألمانيا  
www.accu-chek.com

70010908

1

1065070/6129004  
FG0010273-157

GD2 350 IV

**ACCU-CHEK®**  
Active

07124112

50

TEST STRIPS  
5 second test

BANDELETTES  
RÉACTIVES

Mesure en 5 secondes



Roche

REF 07124112019

4 015630 064007

صنع في ألمانيا / Made in Germany

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



Close/Re-cap container  
tightly immediately after  
removing strips.

يرجى إحكام إغلاق العلبة  
مباشرة بعد  
إخراج شرائط الاختبار.

**ACCU-CHEK®**  
Active

07124112

United Kingdom

Roche Diabetes Care Limited  
Charles Avenue, Burgess Hill  
West Sussex, RH15 9RY, United Kingdom  
Accu-Chek Customer Careline<sup>1)</sup>  
UK Freephone number: 0800 701 000  
ROI Freephone number: 1 800 709 600

<sup>1)</sup> calls may be recorded for training purposes

Some mobile operators may charge for calls to  
these numbers.

www.accu-chek.co.uk  
www.accu-chek.ie

ACCU-CHEK is a trademark of Roche.

IVD



CE 0123

+2 °C +30 °C



Roche

09387595001(01)

044x044x080 I

(01) PPC: 259,50 Dhs

LOT (10) 26071231

2024-10-24

2023-01-25

UDI



**أكيو-تشيك**  
أكتيف

07124112

00

شريط اختبار  
اختبار 0 ثوان



Roche