

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 10579 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Abdelkader SLIMAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

Benmali Walid

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-067979

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 :

Déclaration de Maladie

N° P19-067979

ND: 39015

Autres

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10642**

Société : **RATI**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Abdour i'hau**

Date de naissance : **14/03/74**

Adresse : **ville 15 cité 2 Rue Naati Fleinch**

AU

Nassau II

Tél. : **0674911777**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **02/03/20**

Nom et prénom du malade : **Bernani**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age : **12,5**

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 :

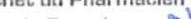
Signature de l'adhérent(s) :

Abdour Abdour i'hau

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
21/3/20	C	Gratuit		INP : 101109 HSS Bla

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 CASASARLAU HJAJ MADINET BELHA SOULAM Lot Commercial Sidi Maâoul 232 19 31	2/3/2020	4,817,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODIF.

D.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
26533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
26533411	21433552

[Création, remont- adjonction)

Creation, tension, and junction

		<table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
00000000	00000000							
00000000	00000000							
35533411	11433553							
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>								
<p>MONTANTS DES SOINS</p>								
<p>DATE DU DEVIS</p>								
<p>DATE DE L'EXÉCUTION</p>								

VISA ET CACHET DU BRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

8-9670-73-270-1

ENSEMBLE

AVEC L'ENFANT DIABÉTIQUE

NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
P.P.V : 647 DH



6 118001 121304

Pharmacie MORJ
CASA S.A.R.L.A.U
Mme: HJAJ NADIA EP.BELHAJ SCULANI
8050, 15 Lot communal Sidi Maâdi
Tel.: 05 22 32 19 31

BENNANI WAUD



جُمِيعاً
مع الطفل السكري

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, Inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH
6 118001 081615

ORDONNANCE

Rabat : le : 2/03/20

NovoRapid penfill (1 Boîte de 5)

10

10

10

647,00 x 2
1.294,00

NovoRapid



Fuse pen (1 B de 5)

NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
P.P.V : 647 DH
8-9670-73-270-1
6 118001 121304

744,00
3) Lantus SSV boîte



170,00 x 2
4) Aiguilles BD n° 4 (1 B)
36,00



TSVP

~~190,00 x 11~~

- 5) ~~STYLVEN'S~~ Boudoirs Heuchlet perfume
2090,00 6 x 15 (11 Boîte de 50)
- 80,00
6) bâches (15)
- 7) keb di six
269,00 1 x 15
- 8) Glucogen 1mg (1)

livraison à 3 mois

~~4.817,00~~

Pharmacie MORJANA
CASA S.A.R.L A.U
Mme. HJAJ NADIA EP. BELHAJ SOULAMI
Bd 50, 15 Lot communal Sidi Maâroufi
Tél. : 05 22 32 19 31

~~Dr. Béchir~~
Béchir
Médecin à domicile
Maison du Dr. Béchir
6 Rue

PHARMACIE MORJANA SARL
DR NADIA HJIAJ
BD 50 LOT 15 LOT COMMUNAL SIDI MAAROUF
Tél : 0522321931

Patente N°: 36167883
N° R.C. : 363723
Compte : 129A000000741
CNSS : 6892170
Id.Fiscale : 20710337
ICE : 001687680000039

Le : 02/03/2020

BENNANI WAFID

FACTURE : 87687 du : 02/03/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
11	ACCUCHEK PERFORMA 50BAN	190,00	2 090,00	20,00%
2	BD MICROFINE 4MM	170,00	340,00	20,00%
1	GLUCAGEN 1MG SOL INJ	269,00	269,00	0,00%
1	LANCETTES ON CALL 100UNITE	80,00	80,00	20,00%
1	LANTUS SOLOSTAR 100 UI 5 ST	744,00	744,00	0,00%
2	NOVORAPID FLEX 100UI STYLO	647,00	1 294,00	7,00%
Total TTC			4817,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE MILLE HUIT CENT DIX SEPT DIRHAMS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 013,00	0,00	1 013,00
7.00%	7,00	1 209,35	84,65	1 294,00
20.00%	20,00	2 091,67	418,33	2 510,00
		4 314,01	502,99	4 817,00

Pharmacie MORJANA
CASA S.A.R.L.A.U
Mme NADIA HJIAJ E.P. BELHAJ SOULAMI
Bd 50, 15 Lot communal Sidi Maârouf
Tél. : 06 22 32 19 31

valable 3 mois

Le 02/03/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Bennani Naima

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Bennani Naima

Présente

DID

Nécessitant un traitement d'une durée de :

A Vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

DR. Bennani Naima
Bennani Naima

ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connec

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



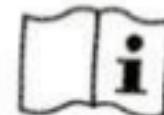
REF

~~D-190.00~~
H190.00



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

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connec

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



REF

~~D-190.00~~
H190.00



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

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connec

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



REF

~~D-12-000~~
~~H190.00~~



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

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connec

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



REF

~~D-12-000~~
~~H190.00~~



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

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connec

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



REF

~~D-12-000~~
~~H190.00~~



Roche Diabetes Care GmbH

Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-check.com

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connec

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



REF

~~D-12-000~~
~~H190.00~~



Roche Diabetes Care GmbH

Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-check.com

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connec

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



REF

~~D-190.00~~
H190.00



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

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connec

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



REF

~~D-190.00~~
H190.00



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

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connec

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



REF

~~D-190.00~~
H190.00



Roche Diabetes Care GmbH

Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-check.com

Made in U.S.A.



ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose

Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa

Accu-Chek® Performa Nano

Accu-Chek® Performa Connec

Accu-Chek® Performa Combo

Accu-Chek® Performa Solo

IVD



REF

~~D-190.00~~
H190.00



Roche Diabetes Care GmbH

Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-check.com

Made in U.S.A.





BD Micro-Fine Ultra™



3401321104311 1138077

Autotraitement

Boîte de 100 aiguilles pour stylos

Code ACL 2110431 / 3401321104311

REF 325106 (32G x 4mm)

~~170.00~~

32G x 4mm



BD Micro-Fine Ultra™

~~170.00~~



3401321104311 1138077

Autotraitement
Boîte de 100 aiguilles pour stylos

Code ACL 2110431 / 3401321104311

REF 325106 (32G x 4mm)

0,23mm (32G) x 4mm



Blood Lancet

DH 80.00

Y S E C C