

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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

N° P19- 0043570/111002

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5771 Société : 40262
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ATMANI Ouafer
Date de naissance : 21-1-60
Adresse : 101 Bd. Mohammed VI
Tél : 0671271657 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

AL AMAL CENTRE DES MALADIES RENALES
ET DIALYSE ADULTE & PEDIATRIE
PROFESSEUR Amal BOURQUIA
Tél: 0522 80 20 01

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Maladie chronique
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 Règlement des Actes
15	C3		309,00	AL AMAL CENTRE DES MALADIES DENTALES ET DIALYSE ADULTE & PEDIATRIE PROFESSEUR AMAL BOURQUITA Tél: 05 22 47 01 48
9				
20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Côté Para 2, Rue Ain Aouda Rachid Tél: 05 22 47 01 48	12/08/2020	488,85
	25/08/2020	99,94
	10/09/2020	99,94

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Côté Para 2, Rue Ain Aouda Rachid Tél: 05 22 47 01 48			

AUXILIAIRES MEDICAUX

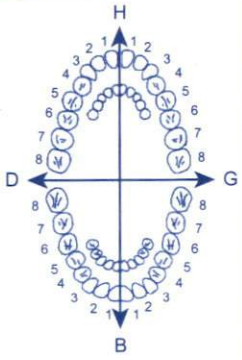
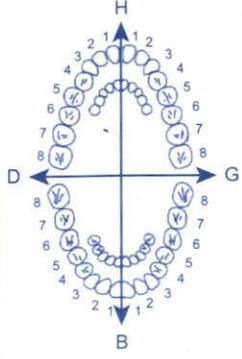
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



AL AMAL

الأمل

مركز أمراض الكلى و تصفية الدم للكبار و الصغار

Centre des Maladies Rénales et Dialyse Adulte et Pédiatrique

بروفيسور أمال بورقية
أمراض الكلى و تصفية الدم

Professeur Amal BOURQUIA

Néphrologie - Dialyse

Ordonnance

ATMANI OUAFAC

AL AMAL CENTRE DES MALADIES
RÉNALES ET DIALYSE
ADULTE & PÉDIATRIE
PROFESSEUR Amal BOURQUIA
TEL : 05 22 80 20 01

Accu - cheu

1 glucose
+ Budelebs

Le 15 SEP. 2020

AL AMAL CENTRE DES MALADIES RÉNALES
ET DIALYSE ADULTE & PÉDIATRIE
PROFESSEUR Amal BOURQUIA
Tél: 0522 80 20 01

Signature :



127, Boulevard Victor Hugo - Casablanca

Consultation Tel. : 05 22 80 20 01 - Dialyse Tel. : 05 22 83 34 35 - Fax. : 05 22 83 34 35

Email : amal.bourquia@gmail.com - Site Web : www.amalbourquia.com

RC : 410599 - ICE : 00208391800003 - IF : 25291487 - Parente : 34450197 - CNSS : 2601294

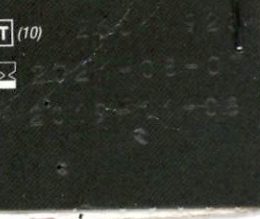
GTIN PPC: 135,00Dhs 4

LOT (10)



GTIN PPC: 135,00Dhs 44

LOT (10)

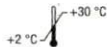


19 01 09 12 08 : JST

ACCU-CHEK®

Active

Blood glucose monitoring system
Système de surveillance de la glycémie
نظام قياس مستوى السكر في الدم



ACCU-CHEK and SOFTCLIX are trademarks of Roche.

The USB-IF Logos are trademarks of
Universal Serial Bus Implementers Forum, Inc.



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

Made in Germany

PPC : 195 Dhs

ACCU-CHEK و SOFTCLIX هما علامتان تجاريتان تملكهما Roche.

الشعارات USB-IF هي علامات تجارية من
Universal Serial Bus Implementers Forum, Inc.

روش ديابيتس كير جي إم بي إتش

شارع ساندوهر ١١٦

٦٨٣٠٥ مانهايم، ألمانيا

www.accu-chek.com

صنع في ألمانيا

CLEVER-CHEK®
One click

100 LANCETS

REF 05XR1020



STERILE EO 28 G / 0.4 mm

 Standard Technology Co., Ltd.

CLEVER-CHEK®
One click

100 LANCETS

CLEVER-CHEK®
One click

100 LANCETS



LANCETTES
STÉRILES

CLEVER-CHEK®
One click

100 LANCETS

Avant d'effectuer un test de glycémie,
lavez vos mains et le site de ponction
avec de l'eau chaude et du savon.
Rincez et séchez complètement



Afin de réduire les risques d'infection :

- Ne partagez jamais une lancette ou le stylo piqueur avec une autre personne.
- Utilisez toujours une nouvelle lancette stérile – les lancettes ne doivent être utilisées qu'une seule fois.

CLEVER-CHEK®
One click

100 LANCETS



LANCETTES
STÉRILES



0123
CE

14/06/2022



RS 20180615 LOT

COTE PARA

11 Bd Ain Taoujtate Casablanca
Tel. 05.22.47.01.48/ 20.83.87
Patente : 35621058 / IF: 40287568
ICE : 001444600000082

Ticket Nr : 67896
Le : 25/08/2020 A : 11:14:36
Caisse : Caisse 1
Vendeur : CAISSE1

Article	Montant
-----	-----
ACCU CHECK ACTIVE(99.94x1)	99.94
-----	-----

Nombre Article :	1
-----	-----

Montant Remise :	0.01
Total :	99.94
CARTE :	99.94
-----	-----

TVA 20%	99.94	16.65
-----	-----	-----

MERCI DE VOTRE VISITE

NB : Nos Produits ne sont ni repris
ni echanges (pour des raisons
de sante publique et de tracabilite)
Les Cures et soins sont valables
3 mois et ne sont pas remboursables

COTE PARA

11 Bd Ain Taoujtate Casablanca
Tel. 05.22.47.01.48/ 20.83.87
Patente : 35621058 / IF: 40287568
ICE : 001444600000082

Ticket Nr : 73778

Le : 10/09/2020 A : 11:26:43

Caisse : Caisse 1

Vendeur : CAISSE1

Article	Montant
ACCU CHECK ACTIVE(99.94x1)	99.94
Nombre Article :	1
Montant Remise :	0.01
Total :	99.94
CARTE :	99.94
TVA 20%	99.94 16.65

MERCI DE VOTRE VISITE

NB : Nos Produits ne sont ni repris
ni echanges (pour des raisons
de sante publique et de tracabilite)

Les Cures et soins sont valables
3 mois et ne sont pas remboursables