

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



Déclaration de Maladie

N° P19- 057253

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01354 Société : RAM (488kg)
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : SAÏ MESSAOUD
 Date de naissance : 01-01-1947
 Adresse : HADJ FATEH G N° 81 2^e étage - OULFA -
 CASA BLANCA -
 Tél : 0664905741 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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(e) :

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-aorès soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Attection 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

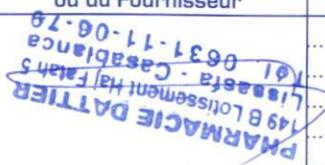
MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

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 Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  | | 339,00 |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

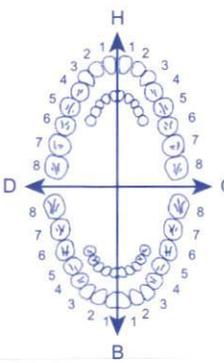
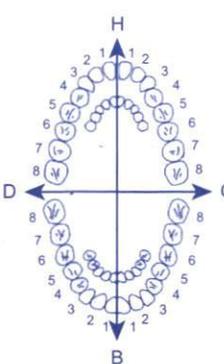
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 <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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | | | B | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | 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

BIONIME
Blood Glucose Test Strip



Instruction of use GS300

1. Insert the strip into the socket on the top of the meter and wait for the information on the blood glucose meter LCD to appear.
2. After obtaining a blood sample on your finger, gently touch the tip of the strip in order for the blood sample to be absorbed.



Rightest™ GS300



BIONIME
Blood Glucose Test Strip

Features:

- User friendly design
- Only 1.4µL blood sample required
- Less blood means less pain
- Noble metal Electrode Strip performs high Precision and Accuracy

BIONIME CORPORATION

No. 100, Sec. 2, Daqing St., South Dist.,
Taichung City 40242, Taiwan
Tel: +886 4 23692388
Fax: +886 4 22617586
<http://www.bionime.com>
E-mail: info@bionime.com

EC REP

BIONIME GmbH
Tramstrasse 16, 9442 Berneck,
Switzerland
E-mail: info@bionime.ch



BIONIME
Blood Glucose Test Strip



2022-02-17

LOT

212031906



GS300

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial of 25)



Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

For *in vitro* diagnostic use
For self-testing and professional use

- Store between temperature 4°C and 30°C (39°F and 86°F)
- Do not freeze
- Read package insert before using
- Use within 3 months of opening strip vial
- Do not use if expiration date has passed
- Do not use if seals are broken
- Discard test strip properly after single use



Use with *Rightest™ GM300*

101-2GS300-1G2
EN

BIONIME
Blood Glucose Test Strip



Instruction of use GS300

1. Insert the strip into the socket on the top of the meter and wait for the information on the blood glucose meter LCD to appear.
2. After obtaining a blood sample on your finger, gently touch the tip of the strip in order for the blood sample to be absorbed.



Rightest™ GS300



BIONIME
Blood Glucose Test Strip

Features:

- User friendly design
- Only 1.4µL blood sample required
- Less blood means less pain
- Noble metal Electrode Strip performs high Precision and Accuracy

BIONIME CORPORATION
No. 100, Sec. 2, Daqing St., South Dist.,
Taichung City 40242, Taiwan
Tel: +886 4 23692388
Fax: +886 4 22617586
<http://www.bionime.com>
E-mail: info@bionime.com

EC REP

BIONIME GmbH
Tramstrasse 16, 9442 Berneck,
Switzerland
E-mail: info@bionime.ch



BIONIME
Blood Glucose Test Strip



2022-02-17

LOT

212031906



GS300

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial of 25)



Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

For *in vitro* diagnostic use
For self-testing and professional use

- Store between temperature 4°C and 30°C (39°F and 86°F)
- Do not freeze
- Read package insert before using
- Use within 3 months of opening strip vial
- Do not use if expiration date has passed
- Do not use if seals are broken
- Discard test strip properly after single use



4°C - 30°C

Use with *Rightest™ GM300*

101-2GS300-1G2
EN

BIONIME
Blood Glucose Test Strip



Instruction of use GS300

1. Insert the strip into the socket on the top of the meter and wait for the information on the blood glucose meter LCD to appear.
2. After obtaining a blood sample on your finger, gently touch the tip of the strip in order for the blood sample to be absorbed.



Rightest™ GS300



BIONIME
Blood Glucose Test Strip

Features:

- User friendly design
- Only 1.4µL blood sample required
- Less blood means less pain
- Noble metal Electrode Strip performs high Precision and Accuracy

BIONIME CORPORATION
No. 100, Sec. 2, Daqing St., South Dist.,
Taichung City 40242, Taiwan
Tel: +886 4 23692388
Fax: +886 4 22617586
<http://www.bionime.com>
E-mail: info@bionime.com

EC REP

BIONIME GmbH
Tramstrasse 16, 9442 Berneck,
Switzerland
E-mail: info@bionime.ch



BIONIME
Blood Glucose Test Strip



2022-02-17

LOT

212031906



GS300

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial of 25)



Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

Rightest™ GS300

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

For *in vitro* diagnostic use
For self-testing and professional use

- Store between temperature 4°C and 30°C (39°F and 86°F)
- Do not freeze
- Read package insert before using
- Use within 3 months of opening strip vial
- Do not use if expiration date has passed
- Do not use if seals are broken
- Discard test strip properly after single use



Use with *Rightest™ GM300*

101-2GS300-1G2
EN