

## 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

<input type="checkbox"/> Réclamation	: contact@mupras.com
<input type="checkbox"/> Prise en charge	: pec@mupras.com
<input type="checkbox"/> 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.

N° W19-510201

16180

4

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3117	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		D. Hibi	
Date de naissance :		Mohamed 27/12/1957	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : _____ / _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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'exhaustivité 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) : **ACCUEIL**



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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		
				<b>Coefficient des travaux</b>	
				<b>Montant des soins</b>	
				<b>Début d'exécution</b>	
				<b>Fin d'exécution</b>	
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire				
	D	H	G		
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553			<b>Coefficient des travaux</b>
				<b>Montant des soins</b>	
				<b>Date du devis</b>	
				<b>Fin d'exécution</b>	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution					

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° <b>P 14 / 0035291</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		<b>Mle</b> <i>317</i>	<i>Signature de l'adhérent</i>
Nom & Prénom <i>DHIBI Mohamed</i>		Fonction <i>CDR</i>   Phones <i>0661176915</i>	
Mail			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age			
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>PHARMACIE</b>	Date <i>14/10/13</i>		
Montant de la facture <i>195,00</i>			
<b>ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI  
Endocrinologue - Diabétologue  
Obésité - Nutrition  
Ex. Médecin Chef  
du Centre Régional de Diabétologie

د. خديجة الشرقاوي زهوانى  
اختصاصية في السكري وأمراض الغدد  
السمنة - التغذية  
طبيبة رئيسة سابقاً للمركز  
الجهوي للسكر

Casablanca, le 17/10/19

Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

Appareil glycémique

Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI  
Endocrinologue - Diabétologue  
Obésité - Nutrition  
Ex. Médecin Chef  
du Centre Régional de Diabétologie  
100, Résidence Al Ofoq - Bd Oum Rabii  
Oulfa - Casablanca - Tel: 052 89 79 34

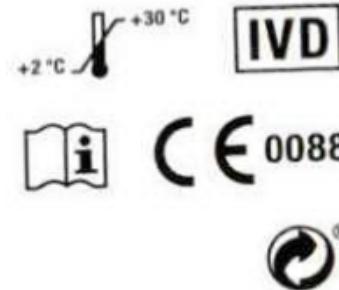
glycémie  
3/10/19  
Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

5.8

# 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-check.com](http://www.accu-check.com)

Made in Germany

PPC : 195 Dhs

Roche و ACCU-CHEK هما علامتان تجاريتان تملکهما Roche.  
الشعارات USB-IF هي علامات تجارية من  
Universal Serial Bus Implementers Forum, Inc.

روش دیابتیس کبر جی ام بی اتش  
شارع ساندهوفر 111  
18205 مانهایم، آلمانیا  
[www.accu-cheek.com](http://www.accu-cheek.com)

صنع في ألمانيا