

# 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 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

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

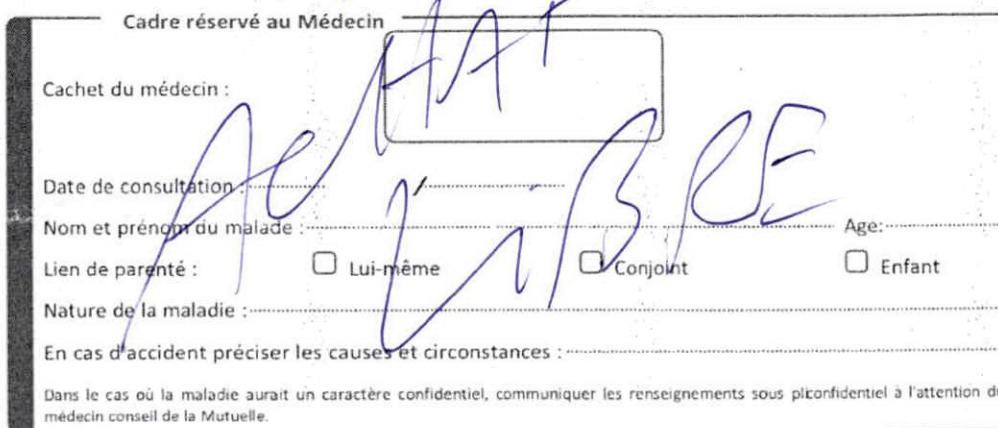


## Déclaration de Maladie

N° W19-512301

ND: 27/9/25

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 682	Société : RAN		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : L ASKY Hamed			
Date de naissance : 13-11-43			
Adresse : 9 rue 25 PASSERELLE HAY EL HAMOUD 20000			
Tél. : 06 73 06 4901	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 11/04/2020			
Nom et prénom du malade : Hamed ASKY			
Age : 77			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Casablanca, le : 02/04/2020  
 Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-512301
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 :	

## 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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
DUO : Résidence Al - Aïn - Aïn Majid Ouboua - Bahia Majid Ouboua - Bahia Tel. 91.11 - Casablanca Fax: 91.08.53	1/4/2020	APP	+ Bando CTC			175,00

### VOLET ADHERENT

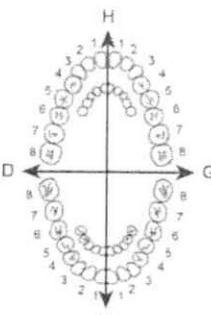
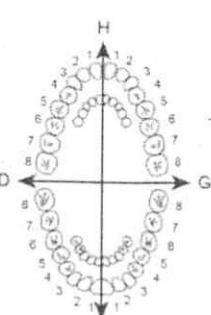
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				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												
			<b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>G</b> <b>B</b>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	<hr/>														
	00000000	00000000													
35533411	11433553														
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



# DUO MEDICAL

Equipement Médical, Paramédical  
Orthopédie, Appareil diabète,  
Chirurgical, Parapharmacie

Facture N° : 2020124

DATE	CLIENT	PAGE
01/04/2020	P004	1

MR LASKY HAMID

CASABLANCA

RÉFÉRENCE	DÉSIGNATION	QUANTITÉ	Prix Uni. TTC	Montant TTC	% TVA
SYP001	APP CONTOUR PLUS COMPLET	1	100.00	100.00	20.00
SYP002	CONTOUR X 25 BAND	1	75.00	75.00	20.00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A L SOMME DE :

cent soixantequinze dirhams

DUO MEDICAL  
Résidence Abouab Oum Errabii  
Magasin N°9 - Hay El Oulfa - Casablanca  
Tél.: 0522 91 00 52/50 40 34 - Fax: 0522 91 08 53  
GSM : 06 61 43 71 99

TOTALS		NET A PAYER
H.T. :	145.83	
T.V.A. :	29.17	175.00



Résidence Abouab Oum Errabii Magasin N°9  
Hay El Oulfa - R.C. Casa N° 78177 - T.V.A N° 732935  
Taxe professionnelle N° 35004577 - I.F. N° 02221469  
C.N.S.S. N° 2570697 - I.C.E. N° 001657783000024  
Compte N°0109400001200143 (agence BMCI Casa Hay Hassani)

Tél.: +212 522 90 40 34  
+212 522 91 08 52  
Fax : +212 522 91 08 53  
Lhaj-hamid@hotmail.fr



For further assistance, please see contact information on the last page of the User Guide.

Pour obtenir une assistance, voir les coordonnées sur la dernière page du manuel d'utilisation.

للمزيد من المساعدة، يرجى مراجعة بابك الاتصال الموجة في الصفحة الأخيرة من قبل المستخدم.  
برأي رسمى يرجى مراجعة بابك الموجة في المطالعات الخاص بـ "مجمع آخر" أهتمام

Damoun Tajriz Tech Co  
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,  
Tajriz-e-Azri Ave.  
Iran  
phone : +98 21 26218306

Ascensia Diabetes Care Holdings AG  
Peter Merian-Strasse 90  
4052 Basel, Switzerland  
[www.diabetes.ascensia.com](http://www.diabetes.ascensia.com)  
صنع في المانيا

 **ASCENSIA**  
Diabetes Care

85157701 Rev. 02/16



CONTROL [N] 109-141 mg/dL

CONTROL [L] 37-48 mg/dL

CONTROL [H] 322-418 mg/dL

LOT: BP8JQHC31C

2020-09

