

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aljal Ben Abdellah 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W19-548717

56499

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5752	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RIDA JADARAJAT MUSTAPHA			
Date de naissance : 01/01/1956			
Adresse : 91, TALI 7 M'HAMID MARRAKECH			
Tél. : 0643082351	Total des frais engagés : 1570,00 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'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) : Le :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-548717

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
0 JAN. 2021	Ca		251,00	INP : 071051445
				<i>EL GUERMAI Nabil Infirmier - Diabetologue Marrakech</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL OUSRA ROUTE DE MOSSADEK Boulevard N° 661- Marrakech Tél: 0527.08.46	10/01/2021	1170,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICALS

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	V I		
161 : 05 24 37 00 29 - 05 24 01 03 LAMBERTZ 2 TROGAE N°9 Minna HONMEDIC S							15900

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:

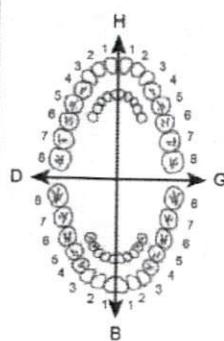
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور الگرماعي محمد نجيب

اختصاصي

- أمراض الغدد الهرمونية
- أمراض السكري
- الامراض الاستقلابية

خريج كلية الطب بنينس (فرنسا)

Docteur El Guermaï Mohamed Najib

Spécialiste

- ENDOCRINOLOGIE
- DIABETOLOGIE
- MALADIES METABOLIQUES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

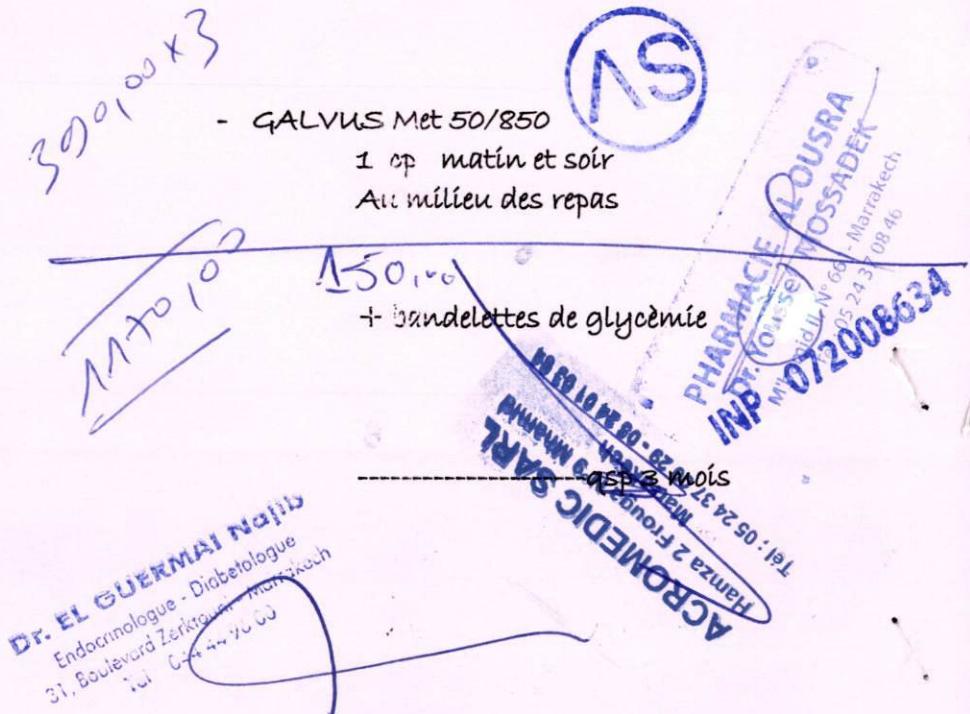
31 شارع الزرقطوني (أمام سينما كوليزي) مراكش
31, Bd. Zerkouni (en face du Cinéma Colisée) Marrakech

Tél. : 05 24 44 96 00
الهاتف :
E-mail : nguermai@hotmail.com البريد الإلكتروني :

Marrakech, le :

10 JAN. 2021

Mr RIDADARAJATE Mustapha D 680



Prière de téléphoner au secrétariat avant tout passage au cabinet.

ACROMEDIC

- Parapharmacie - Produits Cosmétiques
- Matériel Médical
- Orthopedie - Produits Chimiques

rida darajat mustapha

MARRAKECH Le : 12/01/2021

Facture N° : FT01120006/21

Mode Régl. :

TVA	Désignation	Qté.	Prix TTC			Mont. TTC
20	DIAB-CONTROL/25	2.00	75.00			150.00

ACROMEDIC SARL
Hamza 2 Frouga N°9 Marrakech
Tél: 0524370029 - 0524010364

TOTAL HT :	125.00
T.V.A :	25.00
TOTAL TTC:	150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DIRHAMS ET ZERO CENTIMES ./.

MARRAKECH Tél:0524370029 Whats:0524370029
Patente : 64651200 RC:51169 IF:40468554-ice:001448727000009
Email: Site:

302-4279101-015



CE 0123 For self-testing.
I EC 8 VD

48163 Münster Germany
Borsigstraße 10
Medatec GmbH

18-7F, No. 127, Wanggang 2nd, Wuhan (R.O.C.)
www.td4279.com



TD-4279
Diab control

50
Test Strip

Test Strip
Diab control

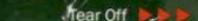
LOT

TD200125-BED
Dec 2021

CODE:

832

Tear Off



Use only with Diab control TD-4279 blood glucose meter.
50 Test Strips and instruction inside.

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants
Ne pas conserver au-dessus de 30°C
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 850 mg de chlorhydrate de metformine.

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص ملغ على 50 ملغ من فلدagliptine و 850 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants
Ne pas conserver au-dessus de 30°C
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 850 mg de chlorhydrate de metformine.

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص ملغ على 50 ملغ من فلدagliptine و 850 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants
Ne pas conserver au-dessus de 30°C
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 850 mg de chlorhydrate de metformine.

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص ملغ على 50 ملغ من فلدagliptine و 850 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترموا المقادير الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

