

# 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.

## 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.

## Prothèse 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- 064235  
56 917  
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2361 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : MOUSSAOUI NORAD  
Date de naissance : 08.06.53  
Adresse : 79 B ZERKOUNI 9<sup>e</sup> étage n° 27 Casa  
Tél. : 0676359797 Total des frais engagés : 860 Dhs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Maladie chronique  
DIABETE TYPE I  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : MOUSSAOUI Soukaina Age : 41  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Maladie chronique TYPE I  
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 : Casa Le : 27 / 10 / 2020  
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 Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/06/2020	240,00 DM

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

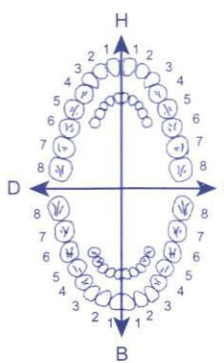
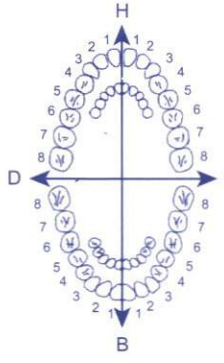
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# PIMED

## LES ARTICLES MEDICAUX

### FACTURE

N° 001758

Casablanca, le 27/10/2020

Pour Monsieur Soukaina

N°	Désignation	Qté.	P. U.	Total
01	Cont cell Press fab	3	180	540,00
02	lancette (B.100)	1	100	100,00
03	High Price (100)	1	200	200,00
				840,00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Huit cent

quatre cents

840,00

**PIMED**  
Cachet  
No 6 Mosqué El Kheir Ain Chock  
Tél. 50.64.61 - Casa

Règle	Montant	Payé le	Chèque N°
Espèce			
Effet			
Chèque			

# Insupen3IG

EXTR 3.ME



EN ISO11608-2:2012

Compatible avec les stylos injecteurs - Compatibel met injectiepen - Συμβατό με τις σύριγγες σε μορφή στυλό - Kompatybilna z wstrzykiwaczami insuliny typu „pen” - متوافقة مع الحقنات بنظام القلم - Compatible with pen injectors - Kompatibilní s inzulínovými pero - Kompatibilná s injekčným perom - Игла предназначена для совместимости со шприц-ручками - Голка предназначена для сумісності зі шприц-ручками :

Sanofi	KlikStar, SoloStar, Lyxumia Pen, JuniorStar, AllStar
Lilly	KwikPen, HumaPen Memoir, HumaPen Savvio, HumaPen Luxura, HumaPen Luxura HD, Forsteo
Novo Nordisk	FlexPen, Novopen 3, Novopen 4, Novopen Echo, Novopen Junior, Victoza Pen, InnoLet, NovoPen 5, FlexTouch
Amylin Pharmaceutical	Byetta 5 mcg, Byetta 10 mcg
Ypsomed	Ypsopen
Owen Mumford	Autopen Classic, Autopen 24
Berlin Chemie	Berlipen Areo2
Bioton	GensuPen

REF 00 022989 000 030



100 LANCETS

*One click*

**CLEVER-CHEK<sup>®</sup>**

**CLEVER-CHEK<sup>®</sup>**  
*One click*

**100** LANCETS



LANCETTES  
STÉRILES



# On-Call® Plus

## Blood Glucose Test Strips

### Français

#### Bandelettes de Glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang total en utilisant les glucomètres On-Call® Plus et On-Call® EZ II.

A usage individuel et professionnel.

Uniquement pour usage en dehors du corps.

#### Contenu:

- 50 Bandelettes
- Carte à Puce
- Mode d'Emploi

### Русский

#### Тест-полоски

Для определения глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров On-Call® Plus и On-Call® EZ II.

Для самодиагностики и профессионального использования.

Только для использования вне тела.

#### Упаковка содержит:

- 50 Тест-полоски
- Кодовый чип
- Инструкцию-вкладыш

### العربية

أشرطة الفحص

لفحص السكر في الدم الكامل باستخدام جهاز ي القياس

للفحص الذاتي والاستخدام المهني. On-Call® EZ II , On-Call® Plus لمراقبة السكر في الدم.

للاستخدام الخارجي فقط.

المحتويات:

• 50 أشرطة الفحص

• رقاقة كود

• نشرة الحزمة



REMBOURSÉ  
par la  
MUTUELLE

REMBOURSÉ  
par la  
MUTUELLE