

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Education :

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.

## Prothésaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3097 Société : RAPT 31233

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAIDA DRIBSS

Date de naissance : 01/01/51

Adresse : BP 47 AGENCE MAR SIDI DHAYEL PLAGE  
COTE POSTALE 26 43350 SIDI REBUCC

Tél. 06 77 43 78 42 Total des frais engagés 130,00 + 1351,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 03/05/2021

Nom et prénom du malade : HAIDA DRIBSS

Age : 70

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Dépression

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 : RABAT SOUAREM

Le : 19/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
21/05/2021	C	1	1351,70	DOUR BOUFLIM AHMED LOT 33551414000000000000000000000000 HADDOUK HALEM TEL: 05 22 96 20 06

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHATEAU D'EAU DR. TOUIJER HANANE DOUAR BENABID DAR BOUAZZA Tél: 05 22 93 70 22	31/05/2021	1351,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

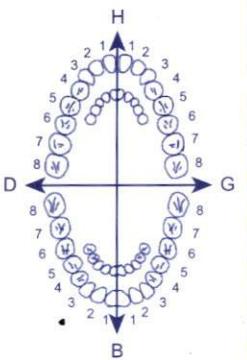
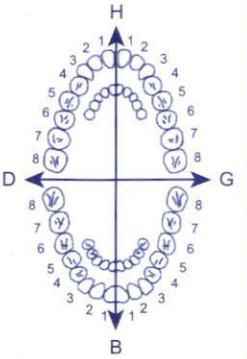
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



USE ONCE AND DESTROY

STERILE EO CE 0123

To ensure accurate dosage when using an insulin pen:

INSULIN PEN NEEDLES

31G x 6mm

med fine

med fine



PEN NEEDLES

31G x 6mm

INSULIN PEN NEEDLES

Single use only, Do not reuse

6mm

- Single use only
- EO sterilization, Non-toxic
- Non pyrogenic

100  
PCS

Close/Re-cap container  
tightly immediately after  
removing strips.

Après prélevement de la  
bandelette réactive,  
refermer le tube immédiatement.

# ACCU-CHEK® Active

07124155

**25** Bandelettes réactives

Pour la  
détermination  
de la glycémie  
Utilisable en  
autocontrôle  
Seulement pour  
Accu-Chek® Active

**5 env.  
sec.**



# ACCU-CHEK® Active

07124155

**25** Test strips

Roche Diabetes Care South Africa (Pty) Ltd.  
Hertford Office Park, 90 Bekker Road  
Vorna Valley, Midrand  
**South Africa**, 1686  
Email: info@accu-cheek.co.za  
Call Toll Free: 080-34-22-38-37 (SA only);  
+254 20 764 0560 (Kenya only);  
+27 (11) 504 4677 (Other countries)

روش دیابتیس کیر جی ام بی إتش  
شارع ساند هوفر ١٦  
مانهايم، ألمانيا  
www.accu-cheek.com

Roche هي علامة تجارية تملكها  
ACCU-CHEK is a trademark of Roche.

**CE** 0123



+30 °C  
+2 °C

**IVD**



70006950  
6  
1048283/6095773,  
FG0010273-122

GD2 350 IV



REF 07124155019



Roche Diabetes Care GmbH  
Sandhofer Strasse 116  
68305 Mannheim, Germany  
www.accu-cheek.com



Close/Re-cap container  
tightly immediately after  
removing strips.

يرجى إغلاق العلبة  
مباشرةً بعد  
إخراج شرائط الاختبار.

# أكيو-تشيك أكتيف

07124155

**٢٥** شريط اختبار

لقياس مستوى  
السكر في الدم  
مناسب للفحص  
الدايي  
بسهولة فقط  
مع أكيو-تشيك  
أكتيف

**٠** حواي  
٠ ثوان



# ACCU-CHEK® Active

07124155

**25** Test strips

For the  
determination of  
blood glucose  
Suitable for  
self-testing  
Only for  
Accu-Chek® Active

**٥** ca.  
sec.



08996288001(01)  
044x044x080 I