

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.

Educations :

- 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.

Maladie :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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° M21- 0026745

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3097 Société : RAM 71233
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAIDA DRISS
 Date de naissance : 1-1-51
 Adresse : BP 47 AGENCE AAR SSI 24HE PLAGE
 CDE POSTALE 26 43350 SIFRURE
 Tél. 0677 4378 42 Total des frais engagés 13000 + 1351,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 03/05/2021
 Nom et prénom du malade : HAIDA DRISS 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 : HAS SOULEM Le : 19/05/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
31/07/24	C	1	135,00 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHATEAU D'EAU DR. TOUJER HANANE DOUAR BENABID DAR BOUAZZA Tél: 05 22 93 70 22	3/5/2024	1351,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

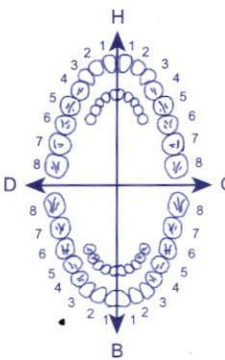
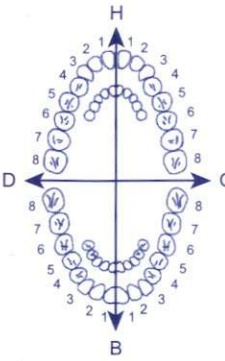
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 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		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur Ahmed BOUFLIM

Médecine Générale

Diplômé en Echographie

(Montpellier - France)

Lot N° 36 Souk LAQDIM

Had Soualem

Tél : 05 22 96 30 04

الدكتور أحمد بوفليم

الطب العام

الفحص بالصدى الصوتي

(مونيولي - فرنسا)

السوق القديم 36

حد السوالم

الهاتف : 05 22 96 30 04

Had Soualem, le : 03/05/2021

Mr HADA DRIS

581,00

1

Novo-mix 30

m = 18 vi

170,00

2

Aiguille Adapt

135,00

3

Bendelette reactiv

98,30 x 3

4

Athy mil 30 up

132,00

5

Paroxetine win 20

38,80

6

Fluibron

1351,70

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV: 581 DH



GTIN

PPC: 135,00 Dhs

98,30

98,30

98,30

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30
P.P.V : 132DH00

LOT : 20E015
PER : 10 2023



6 118000 062301

38,80

PHARMACIE CHATEAU D'EAU
DR. TOULIER HANANE
DOUAR BENABID
DAR BOUAZZA Tél: 05 22 93 70 22

STERILE EO



0123



USE ONCE AND DESTROY

- Prior to every injection, check the flow of insulin through the needle after loading the cartridge
- Before each injection, attach a new needle. Immediately remove and destroy needle after the injection
- Never carry a pen with the needle attached as this leaves an open path into the insulin cartridge
- If insulin continues to drop from the needle after injection, hold the needle in the skin longer when injecting to ensure transfer of the complete dose

To ensure accurate dosage when using an insulin pen:

INSULIN PEN NEEDLES

31G x 6mm

medfine[®]

medfine[®]

6mm

PEN NEEDLES

31G x 6mm

INSULIN PEN NEEDLES

Single use only , Do not reuse



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

100
PCS

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

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

ACCU-CHEK®
Active

07124155

25 Bandelettes réactives



Pour la
détermination
de la glycémie

5 env.
sec.

Utilisable en
autocontrôle

Seulement pour
Accu-Chek® Active

Roche

70006950

6

1048283/6095773
FG0010273-122

GD2 350 IV

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-chek.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 دباينس كير جي إم بي إتش
شارع ساند هوفر ١١٦
٦٨٣٠٥ مانهايم، ألمانيا
www.accu-chek.com

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

CE 0123



+2 °C



REF 07124155019



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



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

يرجى إحكام إغلاق العلبة
مباشرة بعد
إخراج شرائط الاختبار.

أكيو-تشيك
أكتيف

07124155

٢٥ شريط اختبار



لقياس مستوى
السكر في الدم
مناسب للفحص
الذاتي
يستعمل فقط
مع أكيو-تشيك
أكتيف

٥ حوالي
ثوانٍ

Roche

08996288001(01)
044x044x080 I

ACCU-CHEK®
Active

07124155

25 Test strips



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

5 ca.
sec.

Roche