

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 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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-625703

80874

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1956 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROUN ANISSA

Date de naissance : 18/05/1956

Adresse : 109 Rue MONTAIGNE VAL FLEURI

CASABLANCA

Tél. : 0561465224 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3 AOUT 2021

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Ben

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/08/21	600

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

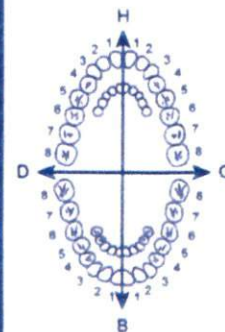
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

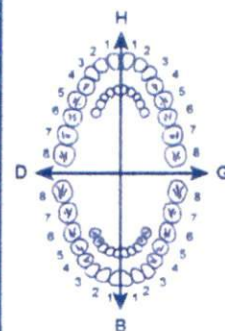
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

☐ valable 3 mois

Le 11/10/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

49, Angle 2 Mars et Victor Hugo - 2^e Etage N°3 Casa
Tel: 05.222.222.41 / Fax: 05.22.22.22.22

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Benchekroun Anissa

Présente

Diabète type 2

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. SIMAM BOUSSABOU AHJOUJ
Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition - Obésité
49, Angle 2 Mars et Victor Hugo - 2^e Etage N°3 Casa
Tel: 05.222.222.41 / Fax: 05.22.22.22.22

N° FACTURE	DATE
2021000586	11/08/2021

BENCHEKROUN ANISSA

CODE	DESCRIPTION	QTÉ	PRIX UNITAIR	MONTANT
4015630982110	ACCU-CHEK PERFORMA 50 BANDELETES	3	200,00	600,00
				-
				-
				-
				-
				-
				-
				-
				-
				-
				-
				-
				-
				-
				-
				-
				-
TOTAL HT				500,00
TVA				100,00
TOTAL TTC				600,00

Arrêtée la présente facture à LA SOMME DE SIX CENTS Dirhams

HEALTH INNOVATION
10, Rue Racine Val Fleuri
CASABLANCA
Tél : 05 22 23 22 51

ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Bandelettes réactives

Pour la détermination de la
glycémie
Utilisable en autocontrôle
Seulement pour :



Made in U.S.A.
www.accu-check.com



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany



أكيو-تشيك بيرفورما

06454011

٥٠ شريط اختبار

لقياس مستوى السكر
في الدم

مناسب للفحص الذاتي

يستعمل فقط مع:

أكيو-تشيك بيرفورما

أكيو-تشيك بيرفورما ناو

أكيو-تشيك بيرفورما كونكت

أكيو-تشيك بيرفورما كومبو

أكيو-تشيك بيرفورما سولو



CE 0123





LOT

479463



2022-06-30

GTIN 04015630982110

ACCU-CHEK®

Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose
Suitable for self-testing

Only for:

Accu-Chek® Performa
Accu-Chek® Performa Nano
Accu-Chek® Performa Connect
Accu-Chek® Performa Combo
Accu-Chek® Performa Solo

IVD



Roche



Roche

روش ديابيتس كير جي ام بي ايتش

شارع ساندوهوفر ١١٦

١٨٣٠٥ مانهايم، المانيا

www.accu-chek.com

صنع في امريكا



ACCU-CHEK و ACCU-CHEK PERFORMA و PERFORMA NANO
و PERFORMA CONNECT و PERFORMA COMBO هي علامات
جارية ملكها Roche.

ACCU-CHEK, ACCU-CHEK PERFORMA,
PERFORMA NANO, PERFORMA CONNECT, and
PERFORMA COMBO are trademarks of Roche.

© 2019 Roche Diabetes Care
06911021050-0519

REF 06454011200

GTIN 04015630982110

ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips



For the determination of
blood glucose
Suitable for self-testing

Only for:
Accu-Chek® Performa
Accu-Chek® Performa Nano
Accu-Chek® Performa Connect
Accu-Chek® Performa Combo
Accu-Chek® Performa Solo

IVD



Roche

ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Bandelettes réactives



Pour la détermination de la
glycémie
Utilisable en autocontrôle

Seulement pour :
Accu-Chek® Performa
Accu-Chek® Performa Nano
Accu-Chek® Performa Connect
Accu-Chek® Performa Combo
Accu-Chek® Performa Solo

2°C 30°C



Roche

REF 06454011200



4

Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com
Made in U.S.A.

