

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : 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.

N° W21-625703

80874

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1956	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENCHIKOUN ANISSA			
Date de naissance : 18/05/1956			
Adresse : 109 RUE MONTAIGNE VAL FLEURI			
CASA BLANCA			
Tél. : 06 61 16 5224 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	3 AOUT 2021
Nom et prénom du malade :	Ben
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	MUPRAS
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	ACCUEIL BOZACAHNE
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.	3 AOUT 2021

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) :

Ben

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
REALTE INVESTIGATION 10, Rue Radine Val Fleuri CASABLANCA Tél : 03 22 23 22 51	11/08/21	600,- REALTE INVESTIGATION 10, Rue Radine Val Fleuri CASABLANCA Tél : 03 22 23 22 51

ANALYSES - RADIographies

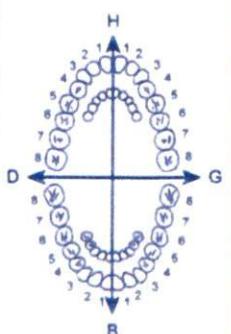
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

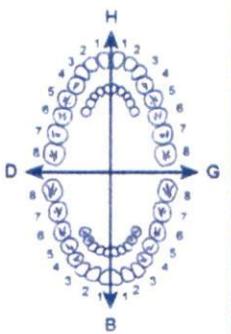
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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

Coefficient des travaux	[REDACTED]
Montants des soins	[REDACTED]
Début d'exécution	[REDACTED]
Fin d'exécution	[REDACTED]
Coefficient des travaux	[REDACTED]
Montants des soins	[REDACTED]
Date du devis	[REDACTED]
Date de l'exécution	[REDACTED]

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 Casablanca
Tél: 05.22.222.41 / Fax: 05.22.222.41

Certifie que Mlle, Mme, M. : Benchekraou Anissa

Présente Dr Aïda type 2

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 & 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etagé. Casablanca

Dr. SIRAH URSSABOULAHJOU
Spécialiste : Endocrinologue - Diabétologie
Nutrition - Obésité
49, Angle 2 Mars et Victor Hugo - 2^e Etage N°3 Casablanca
Tél: 05.22.222.41 / Fax: 05.22.222.41



N° FACTURE	DATE
2021000586	11/08/2021

BENCHERKROUN ANISSA

Arrêtée la présente facture à LA SOMME DE SIX CENTS Dirhams

HALTH INNOVATION
10, Rue Rachid 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-chek.com



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
69305 Mannheim, Germany

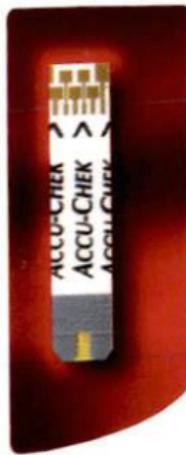
4 015630 982110



أكيو-تشيك
بيرفورما

06454011

٥٠ شريط اختبار



لقياس مستوى السكر
في الدم

مناسب للشخص الذي

يستعمل فقط مع:

أكيو-تشيك بيرفورما

أكيو-تشيك بيرفورما ناتشو

أكيو-تشيك بيرفورما كونكت

أكيو-تشيك بيرفورما كوبيو

أكيو-تشيك بيرفورما سيلو

CE 0123



Roche

LOT

479463



2022-06-30

GTIN 04015630982110

روشن دیابیتیس کیر جی ام بی اتش
شارع ساندهوفر ١١١
١٨٣٠ مانهایم، ألمانيا
www.accu-chek.com
صنع في أمريكا

ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Test Strips

PERFORMA NANO, ACCU-CHEK PERFORMANCE, ACCU-CHEK
PERFORMA COMBO, ACCU-CHEK CONNECT,
Roche
جارية تناها

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

© 2019 Roche Diabetes Care
06911021050-0519



IVD



BEST 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



REF 06454011200

4 015630 982110



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116

68305 Mannheim, Germany

www.accu-cheek.com

Made in U.S.A.



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

30°C
2°C

