

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 3 mois.



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

Declaration de Maladie

N° W19-474266

97919 52

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2759 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HLI Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0665805556 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

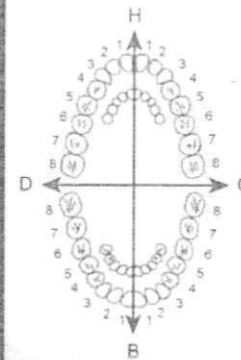
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [][][][][][][][][][]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

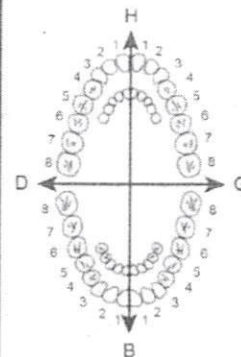
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
KADI MED SARL AU Vente Matériel Médical RDC 15 Rue Abou Bakr Med Ben Zaid Q/H - CASABLANCA TEL: 05 22 22 66 77 / 06 42 61 30 84	12 2024				130,00

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

KADI MED.SARL

Distributeur Matériel Medical et Chirurgical
Centre d'appareillage orthopédique

CLIENT COMPTOIR

MME HLIM FATIMA

Facture

NUMERO	DATE	Delivre Par
20211495	28/12/21	MOHAMED

Désignation	Qté	Px unitaire	Montant HT
BANDELLETTE CODE FREE 50T	1,00	108,33	108,33

Base Taux Taxe

108,33 20,00% 21,67

Total HT 108,33

MontantTVA 21,67

Total TTC 130,00

Mode de payment : ESPECE

Cachet et Signature:

KADI MED SARL AU
Vente Matériel Medical
RDC 15 Rue Abou Bakr Med Ben Zahr
Q/H - CASABLANCA
Tél.: 05 22 22 66 77 / 06 42 61 30 84

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cent trente DIRHAMS

CAPITAL 100 000.00; SIEGE SOCIAL : 15 RUE ABOU BAKR MED BNOU ZAHR
QUARTIER DES HOPITAUX , CASABLANCA TEL : 0522 22 66 77
RC : 368465_ PATENTE : 36340709 _ IF : 20736494 _ ICE : 001785610000052

EN
Replace cap immediately.
Always store strips in container.
Suitable for self-testing.

ES
Reemplazar la tapa inmediatamente después de utilizar.
Guardar siempre las tiras en el envase.
Apto para el autocontrol.

CZ
Otevřít ihned uzavřít.
Uchovávejte v originálním obalu.
hodný pro sebetestování.

REF 01GS11
Cat. No.: 01GS11

809319 390169

PT
- Substitua imediatamente a cápsula.
- Guarde sempre as faixas no contentor.
- Adequado para o autocontrolo.

FR
- Refermer immédiatement le bouchon.
- Toujours laisser les bandelettes dans leur boîte.
- Utilisable en autocontrôle.

NL
- Sluit de deksel van het buisje direct na gebruik.
- Bewaar teststrips altijd in het buisje.
- Geschikt voor zelftesten.

RU
- незамедлительно закройте крышку после использования.
- всегда храните полоски в контейнере.
- подходит для самотестирования.

DE
- Deckel sofort wieder schliessen.
- Streifen immer in Dose aufbewahren.
- Geeignet zur Eigenanwendung.

IT
- Richiudere immediatamente il coperchio.
- Conservare sempre le strisce nel contenitore.
- Adatto per l'auto test.

RO
- Inchideți recipientul imediat după utilizare.
- Băndeletele de testare se pastrează în recipientul original.
- Se folosește pentru autotestare.

TR
- Kutunun kapağını hemen kapatınız.
- Stripleri her zaman kütusunda muhafaza ediniz.
- Kendi kendine test için uygundur.
Kullanım amacı: Yalnız vücut dışı tıbbi tani.

CE 0123 IVD    

SD BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM
CodeFree™
OPEN HERE

 25 X 2 TEST

Manufactured by
SD Biosensor, Inc.
Head office
C-4th5th, 16, Deogyong-daero 1556beon-gil,
Yeongtong-gu, Suwon-si, Gyeonggi-do, 16600,
REPUBLIC OF KOREA
Manufacturing site
74, Osongsaengmyeong 4-ro, Osong-eup,
Heungdeok-gu, Chungju-si, Chungcheongbuk-do,
28161, REPUBLIC OF KOREA
www.sdbiosensor.com

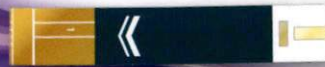
Authorized Representative
MT Promed Consulting GmbH
Altenhofstrasse 90 D-66385 St. Ingbert Germany
Phone: +49 6894 581020, Fax: +49 6894 581021

MB03CF1MLRS
Issue date: 2018.05

NEW
No Coding

Blood Glucose Test Strip

SD BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM
CodeFree™
Blood Glucose Test Strip **GOLD ELECTRODE**



 SD BIOSENSOR

SD Biosensor is not related to Alere Inc. or to Standard Diagnostics, Inc.

LOT / LOT NO.: S0320118
MFG DATE: 2020. 07. 23
EXP DATE: 2022. 07. 22