

## 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 rééductions.
  - Pour le remboursement, la facture et la copie des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Banting 4

- 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horlog  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 23 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-695506

115877

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>M661</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>HASSINE AFAF</u>			
Date de naissance : <u>09/08/72</u>			
Adresse : <u>16 Lot Pailloux, dans Beauzey, Casablanca</u>			
Tél. : <u>0662512207</u>	Total des frais engagés : <u>350,00</u>		

Autorización CNDI N°: AA 315/2018

Cadre réservé au Médecin		4071 67
		
Cachet du médecin : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 200px; height: 40px; vertical-align: middle;"></span>		
Date de consultation : / / <span style="float: right;">/ /</span>		
Nom et prénom du malade : <span style="float: right;">Age : _____</span>		
Lien de parenté : <span style="float: right;">□ Conjoint</span>		
Nature de la maladie : <span style="float: right;">□ Enfant</span>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____ <span style="float: right;">/ /</span>		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. <span style="float: right;">/ /</span>		

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 : La Guadeloupe

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/05/22

3  
RENT

## 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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>VITALIA MEDICAL</b> Ventes en Magasin 36, Rue des Hôpitaux - Casablanca Tél: 02 24 75 86 - Fax: 0522 43 09 93	19/05/22	350,00

VITALIA MEDICAL  
Ventes en Magasin 19  
36 Rue des Hôpitaux - Casablanca  
Tel 0522 47 58 46 - Fax : 0522 43 09 59

## 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	
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....

#### LI-FT ADHERENT

#### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession.

The diagram shows a 10x10 grid of circles. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled 'D' at the left end and 'E' at the right end. The vertical axis is labeled 'H' at the top end and 'B' at the bottom end. The grid is filled with circles, with some specific points labeled with numbers (1 through 10) and letters (A through H). The grid is bounded by a dashed line.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



F A C T U R E

Page:1

HASSINE AFAF

Facture N° : 372  
Date : 19/05/2022

LH:17:39:02 Tél: 4821  
Code:

PRODUIT	QTE	UNG!	REM.	!TV!	PRIX TTC!	MONTANT TTC!
ACCU CHEK INSTANT 50 BAND	2	120	175.00		350.00	

~~VITALIA MEDICAL  
Ventes en Magasin  
36, Rue des Hôpitaux - Casablanca  
Tel 0522 47 58 78 - Fax : 0522 43 09 50~~

DONT TVA: 7 %: 0.00  
DONT TVA: 20 %: 50.00

TOTAL..TTC...;

350.00

DONT IVA: 20 %: 58.33  
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:  
TROIS CENT CIQUANTE Dirhams 00 Centimes

Tél : 0522 47 58 76 / Fax : 0522 43 09 90 / E-mail : [contact@vitaliamedical.com](mailto:contact@vitaliamedical.com)

Siège : 36, Rue des hôpitaux. Casablanca

R.C : 275353 - T.P : 36335775 - I.F : 14410225 - C.N.S.S : 9427859 - ICE : 000216233000042

[www.vitaliamedical.com](http://www.vitaliamedical.com)

# أكيو-تشيك إنسستانس

07819382

## ٥ شريط اختبار

لقياس مستوى السكر في  
الدم مناسب للفحص الذاتي

يستخدم مع:

أكيو-تشيك إنسستانس

أكيو-تشيك إنسستانس آس



Roche

REF 07819382446



4 015630 068272



4 °C

30 °C

€ 0123



Roche Diabetes Care GmbH  
Sandhofer Strasse 116  
68305 Mannheim, Germany

[www.accu-chek.com](http://www.accu-chek.com)

Made in U.S.A.

8758328050-0519



IVD

