

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.

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° P19- 046417

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7103 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZEROUAL ABDELAZIZ
Date de naissance : 01/12/1960
Adresse : Lot EL Wafao H 291 Nemaus
Tél. : 0661435641 Total des frais engagés : 522,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : ZEROUAL ABDELAZIZ 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 : Nemaus Le : 16/5/22
Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUBAYNA 244 lotissement el wafaa Deraa Fix : 05.22.53.20.54	16-5-22	522,02

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
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M. Othmane
Zeroual

Fix : 05.22.53.20.54
Pharmacie El Othmane
Dépense

Le 16-5-22

Facture N° 68

Quantité	Désignation	Prix	Montant
2	Humalog KwikPen 100	111,00	222,00
1	Contour Plus	70,00	320,00
		T3	522,00

LOT D3908566.1

UT AV 12 2023

PPV 111.00 DM

LOT D3908566.2
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DM



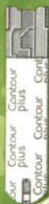
7632

Contour[®] plus

Kan Şekeri Test Stripleri
Bandelete de testare a glicemiei
Fishat e testimit të glukozës në gjak

50

Test Stribi
Bandelete
de testare
fisha testimi



Contour[®] plus

Kan Şekeri Test Stripleri
Bandelete de testare a glicemiei
Fishat e testimit të glukozës në gjak

Kendi kendine ölçüm için kullanılır • Pentru autotestare
Për vetëtestim



Ascensia Diabetes Care Holdings AG
Peter Merian-Strasse 90
4052 Basel, Switzerland

www.patents.ascensia.com



5 016003 763205

CONTROL N 109-142 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 323-420 mg/dL

LOT DP1GQHH10B

2023-07-31



(0+) 05016003763205

(17) 230731

(10) DP1GQHH10B

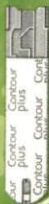
7632

Contour[®] plus

Kan Şekeri Test Stripleri
Bandelete de testare a glicemiei
Fishat e testimit të glukozës në gjak

50

Test Stribi
Bandelete
de testare
fisha testimi



Contour[®] plus

Kan Şekeri Test Stripleri
Bandelete de testare a glicemiei
Fishat e testimit të glukozës në gjak

Kendi kendine ölçüm için kullanılır • Pentru autotestare
Për vetëtestim



Ascensia Diabetes Care Holdings AG
Peter Merian-Strasse 90
4052 Basel, Switzerland

www.patents.ascensia.com



5 016003 763205

CONTROL N 109-142 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 323-420 mg/dL

LOT DP1GQHH10B

2023-07-31



(0+) 05016003763205

(17) 230731

(10) DP1GQHH10B

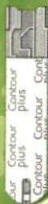
7632

Contour[®] plus

Kan Şekeri Test Stripleri
Bandelete de testare a glicemiei
Fishat e testimit të glukozës në gjak

50

Test Stribi
Bandelete
de testare
fisha testimi



Contour[®] plus

Kan Şekeri Test Stripleri
Bandelete de testare a glicemiei
Fishat e testimit të glukozës në gjak

Kendi kendine ölçüm için kullanılır • Pentru autotestare
Për vetëtestim



Ascensia Diabetes Care Holdings AG
Peter Merian-Strasse 90
4052 Basel, Switzerland

www.patents.ascensia.com



5 016003 763205

CONTROL N 109-142 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 323-420 mg/dL

LOT DP1GQHH10B

2023-07-31



(0+) 05016003763205

(17) 230731

(10) DP1GQHH10B

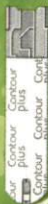
7632

Contour[®] plus

Kan Şekeri Test Stripleri
Bandelete de testare a glicemiei
Fishat e testimit të glukozës në gjak

50

Test Stribi
Bandelete
de testare
fisha testimi



Contour[®] plus

Kan Şekeri Test Stripleri
Bandelete de testare a glicemiei
Fishat e testimit të glukozës në gjak

Kendi kendine ölçüm için kullanılır • Pentru autotestare
Për vetëtestim



Ascensia Diabetes Care Holdings AG
Peter Merian-Strasse 90
4052 Basel, Switzerland

www.patents.ascensia.com



5 016003 763205

CONTROL N 109-142 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 323-420 mg/dL

LOT DP1GQHH10B

2023-07-31



(0+) 05016003763205

(17) 230731

(10) DP1GQHH10B