

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-660466

133073

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9614	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENCHANTAF YOUSSEF			
Date de naissance :	11/03/1971	Adresse :	min
Tél. :	06 21 21 36	Total des frais engagés :	591,32 Dhs
Cadre réservé au Médecin Docteur BITAR, Abdelhafid Medecine Générale 321, Bd. Palestine Riad 2. El Alla Mohammedia 20202 GSM 06 65 86 90 86			
Cachet du médecin			
Date de consultation :	10/05/2022	Nom et prénom du malade :	Wajah Sofiane
Lien de parenté :	AKAND	Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :			<input type="checkbox"/> Enfant
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/09/2022

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél 05 23 32 06 9 Montant de la Facture
	28/9/21	251,30
	28/9/22	190,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
320305 MEDIA ALIA BERTE			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																			
				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				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">B</td><td></td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
<hr/>																							
D	G																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<hr/>																							
B																							
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

L.H
D.U en Diabétologie
Faculté de médecine de Tunis

EP - 9 - 88

(S.V)

150.00

7

40.00

190.00

Damselfly - pris
leefer Glycine
type formule

Libelle à po

(S.V)

Argente meadow
form leefer

(S.V)

Docteur BITAR. Abdelhafid
Medecine Générale
321, Bd. Palestine Riad 2. El Alia
Mohammedia
Tél 05 23 02 02 / GSM 66 65 86 90 86

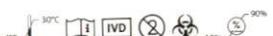
Pharmacie LA LIBERTÉ
Merzouki Naiel Alia
336, Lot Houilia El Alia
Tél: 05 23 32 03 06

5985

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

For *in vitro* diagnostic use
For self-testing and professional use

- Store at temperature 4 - 30°C (39 - 86°F) and 10 - 90% RH
- Do not freeze
- Use within 3 months of opening strip vial
- Do not use if expiration date has passed
- Do not use if seals are broken
- Discard test strip properly after single use



Use with **RIGHTEST™ GM300**

101-2GS300-1R0
EN

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

Instruction of use GS300



1. Insert the strip into the socket on the top of the meter and wait for the information on the blood glucose meter LCD to appear.
2. After obtaining a blood sample on your finger, gently touch the tip of the strip in order for the blood sample to be absorbed.

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

Features:

- User friendly design
- Only 1.4 µL blood sample required
Less blood means less pain
- Noble Metal Electrode Strip performs high Precision and Accuracy

BIONIME CORPORATION
No. 100, Sec. 2, Daping St., South Dist.,
Taichung City 40242, Taiwan
Tel: +886 4 23692388
Fax: +886 4 22617586
Email: info@bionime.com
<http://www.bionime.com>

EC REP
Emergo Europe
Prinsessegracht 20
2514 AP The Hague
The Netherlands
Email: EmergoVigilance@ul.com



GS300

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

2024-06-06
212232309
LOT



BIONIME
Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



150.0
Noble Metal Electrode Strip
(Smart Code Key included)

RIGHTEST™ GS300

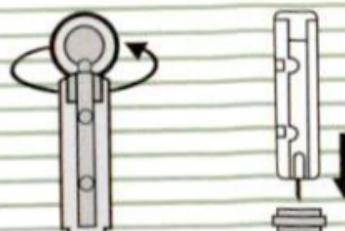
Casablanca Morocco
94 Abu Assal
Marc-Diabete Plus
4710949338558
Barcode

ANCETTE

STAR★MED

LANCETTE

Usage unique
Ultra fine
Pointe biseau
Facile à utiliser"



STAR★MED

MISE EN GARDE:

N'utilisez pas, si le
apuchon de protecti
st cassé.

Ne pas stocker la
ancette dans le stylo
utopiqueur.

Ne pas réutiliser les
ancettes.

STERILE R

STAR★MED

LANCETTE

Caractéristiques

Jauge fine, pointe à trois niveaux
pour un échantillonnage
pratiquement indolore.

Pénétration de profondeur constante.
facile à utiliser, fiable et précis.

Super fine lancettes.

40,-

30G
100PCS



CE 0197 ISO 13485

Numéro de lot: 90957

Date de fabrication 2018-09-30

Date d'expiration 2023-09-29