

# 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.

Matricule : **5352** Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **SOUHAÏL ABDELMAJID**

Date de naissance : **01-01-1963**

Adresse : **HABIBI**

Tél. : **0662183090** Total des frais engagés : **20.88,30 Dhs**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12/01/2019**

Nom et prénom du malade : **BILAL SOUHAÏL** Age : ..

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Diabète sucré**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : **CA SA** Le : **12/01/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **SOUHAÏL**



## 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
12/01/23 02			400 dh	DR. ANDALOUJIAI H ENDOCRINOLOGIE GASTROLOGIE NUTRITION Centre de l'Andalousie 150 route de l'ouïe B.P. 25 - Casablanca 2055 - GSM: 0662 42 95 45

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA ABOU Cité Al-Mateen - Casablanca Tél: 0522 25 38 00	12/01/23	T = 1405,80 + 282,50 T 1688,30

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

## 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(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

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



عيادة طبية متخصصة  
الدكتورة عرباوي بنتل فاتيحة  
أخصائية  
الغدد - السكري  
الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Casablanca, le :

12/01/22

Ms Bilal Gtifa.

~~182,00~~ - Bushire + levure ar

92,10 + 3

synth

- Amarel 3mg



2 v art + 1

700,00

- Lantus soloskin



20,80 x 6

- Glucophage



2 - 2 - 2

Centre M.D.I. Séville  
Casablanca  
Route de l'Oued  
Tél : 0522 25 60 65 / 0522 23 13 11

محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oa

Tél : 0522 25 60 65 / 0522 23

T = 1405,80 + 221,00

1688,30

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048

AMAREL 3MG

CP 830

P.P.V : 92DH10

6 118000 060017

AMAREL 3MG

CP 830

P.P.V : 92DH10

6 118000 060017

AMAREL 3MG

CP 830

P.P.V : 92DH10

6 118000 060017

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V : 744DH00

6 118001 081615

MBA5 0725 mg

LOT

Prix

99,00

PER

PPV

20,90 DH

PRV

20,90 DH

PPV

20,90 DH

PRV

&lt;p

LOT 221449  
EXP 10/2027  
RRV 20.80D.H

LOT 221449  
EXP 10/2027  
PPV 20.80DH

LOT 221449  
EXP 10/2027  
PPV 20.80DH

LOT 221449  
EXP 10/2027  
PPV 20 80DH

LOT 221449  
EXP 10/2027  
PPV 20 800H

LOT 221449  
EXP 10/2027  
PPV 20.80DH

$$T = 1688,30$$



# ACCU-CHEK® Performa

06454011

## 50 Ölçüm çubuğu

Kan şekeri ölçümü içindir  
Bireysel kullanım için  
uygundur.

Sadece aşağıdaki ölçüm  
cihazları için:  
Accu-Chek® Performa  
Accu-Chek® Performa Nano  
Accu-Chek® Performa Connect  
Accu-Chek® Performa Combo  
Accu-Chek® Performa Solo



# ACCU-CHEK® Performa

06454011

## 50 Ölçüm çubuğu

Kan şekeri ölçümü içindir  
Bireysel kullanım için  
uygundur.

Sadece aşağıdaki ölçüm  
cihazları için:  
Accu-Chek® Performa  
Accu-Chek® Performa Nano  
Accu-Chek® Performa Connect  
Accu-Chek® Performa Combo  
Accu-Chek® Performa Solo



Amaçlanan-kullanım: Yalnız vücut dışında tıbbi tanı  
amaçlı kullanılır

İthalatçı adı:  
Roche Diagnostics Turkey A.Ş.  
Esentepe Mahallesi Kırğılı Sokak No: 4  
34394 Şişli, İstanbul  
**Türkiye**  
Telefon: +90 212 306 06 06  
[www.rochediagnostics.com.tr](http://www.rochediagnostics.com.tr)

ACCU-CHEK, ACCU-CHEK PERFORMA,  
PERFORMA NANO, PERFORMA CONNECT VE  
PERFORMA COMBO Roche markalarıdır.

© 2019 Roche Diabetes Care

06911072050-0419



GTIN 04015630982141

# ACCU-CHEK® Performa

06454011

## 50 Ölçüm çubuğu

Kan şekeri ölçümü içindir  
Bireysel kullanım için  
uygundur.

Çoklu kullanımlı

çoklu kullanımlı

Accu-Chek® Performa Nano  
Accu-Chek® Performa Connect  
Accu-Chek® Performa Combo  
Accu-Chek® Performa Solo

