

# 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 6 mois.



## Déclaration de Maladie

M22- 0021823

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9623 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ASSAS JAMILA 149141  
Date de naissance : 19/10/61  
Adresse :  
Tél. : 0603075449 Total des frais engagés : 240,00 Dhs

### 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 :  
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 : .....

Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

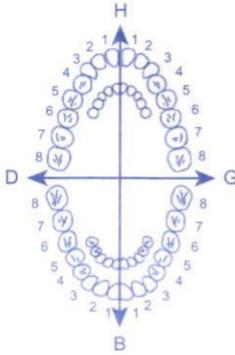
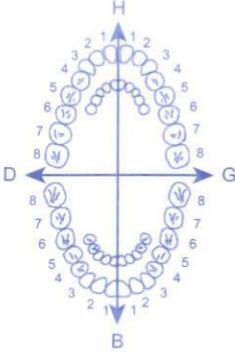
- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
	31/12/22				240,-

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
<p><b>Important :</b> Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p>				
<p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div>Coefficient des Travaux : <input type="text"/></div> <div>Montants des Soins : <input type="text"/></div> <div>Début d'exécution : <input type="text"/></div> <div>Fin d'exécution : <input type="text"/></div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <b>H</b>            25533412            00000000   <b>D</b> —————         </div> <div style="text-align: right;">           21433552            00000000             ————— <b>G</b> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>B</b>            00000000    00000000            35533411    11433553         </div>			<div>Coefficient des Travaux : <input type="text"/></div> <div>Montants des Soins : <input type="text"/></div> <div>Date du devis : <input type="text"/></div> <div>Date de l'exécution : <input type="text"/></div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ASSAD JAMILA

# FACTURE

20360 CASABLANCA  
MAROC

Numéro	Date	Code Client	Mode de Règlement	Commercial
FC 548	31/12/2022			

Code article	Désignation	Quantité	P.U. TTC	Montant TTC	TVA
OCPB	Bandelette on call plus BOITE 50	2,00	120,00	240,00	1

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
deux cent quarante s virgule zéro

Total HT 200,00

Total taxes : 40,00

Montant à payer 240,00

CIZETA  
**ortò**

 Hollister

 CIZETA  
MEDICALI

mainat

 PRIM

 MIC

# On Call Plus

## Blood Glucose Test Strips

# 50

For testing glucose in whole blood  
using the *On Call® Plus* and *On Call®  
EZ II* blood glucose meters.  
For self testing and professional use.  
Only for use outside the body.

### Contents:

50 Test Strips  
Code Chip  
Package Insert



©2020 ACON Laboratories, Inc.



### INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

Fax: + 212 5 22 47 45 02

# On·Call® Plus

## Blood Glucose Test Strips

**50**

For testing glucose in whole blood  
using the *On Call® Plus* and *On Call®  
EZ II* blood glucose meters.  
For self testing and professional use.  
Only for use outside the body.

**Contents:**

50 Test Strips  
Code Chip  
Package Insert



CE 0123

©2020 ACON Laboratories, Inc.



**INFO PHARMA**

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: + 212 5 22 22 34 07  
+ 212 5 22 22 12 55  
Fax: + 212 5 22 47 45 92