

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- N° 002946

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2855 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DABJI - Boucharb
Date de naissance : 20-06-1949
Adresse : 20 rue Moulay Hachem APPT 5, 3^e étage
MARRAKESH - Hay Hassan - Casablanca
Tél. : Total des frais engagés : 149,00 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

- 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 - 6^{ème} 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

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 |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
|  Résidence Médicale Magasin Tél: 052 51 00 00 / 052 22 97 09 53 GSM: 06 61 43 71 09 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

2 Contour x 25
bandelette glycerine

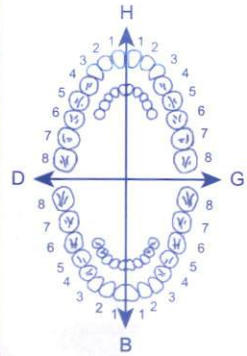
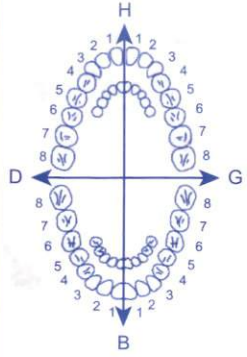
140,00

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 canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | |
|  | | | | 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



DUO MEDICAL

Equipe ment Médical, Paramédical
Orthopédie, Appareil diabète,
Chirurgical, Parapharmacie

Facture N° : 2023206

MR DABJI BOUCHAIB

DATE

CLIENT

PAGE

07/10/2023

P004

1

CASABLANCA

| RÉFÉRENCE | DÉSIGNATION | QUANTITÉ | Prix Uni. TTC | Montant TTC | % TVA |
|-----------|-------------------|----------|---------------|-------------|-------|
| B-R009 | CONTOUR PLUS X 25 | 2 | 70.00 | 140.00 | 20.00 |

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A L SOMME DE :

cent quarante dirhams

DUO MEDICAL
Résidence Abouab Oum Errabii
Magasin N°9 - El Oulfa - Casablanca
Tél.: 0522 91 08 52/90 40 34 - Fax: 0522 91 08 53
GSM : 06 61 43 71 99

TOTAUX

NET A PAYER

H.T. : 116.67

T.V.A. : 23.33

140.00



Résidence Abouab Oum Errabii Magasin N°9
Hay El Oulfa - R.C. Casa N° 78177 - T.V.A N° 732935
Taxe professionnelle N° 35004577 - I.F. N° 02221469
C.N.S.S. N° 2570697 - I.C.E. N° 001657783000024
Compte N°0109400001200143 (agence BMCI Casa Hay Hassani)

Tél.: +212 522 90 40 34
+212 522 91 08 52
Fax : +212 522 91 08 53
Lhaj-hamid@hotmail.fr

ContourTM plus

Bandelettes réactives

Utilisation prévue : Les bandelettes diabétiques et les professionnels de santé.

Résumé : Les bandelettes réactives CONTOURTMPLUS. Les lecteurs de glycémie.

Conservation et utilisation :

- Conserver les bandelettes réactives
- **Conserver les bandelettes réactives**
- **couvercle immédiatement après**
- **Bien se laver et se sécher les mains**
- Ne pas utiliser les bandelettes réactives
- Si le lecteur de glycémie et/ou le
- 20 minutes pour leur permettre de
- le manuel d'utilisation de votre lecteur
- correspondant au lecteur CONTOUR
- Les bandelettes réactives sont
- A l'ouverture de l'emballage des
- bien fermé. Si le bouchon n'est pas
- n'est manquant, abîmé ou cassé. C
- d'assistance.

À utiliser avec tous les
lecteurs CONTOURTMPLUS

**NO
CODING**
SANS CODAGE

ContourTM
plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

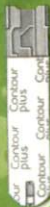
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شرائط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**
SANS CODAGE



ées à être utilisées par les patients
mique, sur sang total.
ées avec tous les lecteurs de glycémie
ure quantitative du glucose sanguin.

0 °C et 30 °C.
nt. **Veiller à toujours bien fermer le**
réactives.

date de péremption est imprimée sur
température à une autre, attendre
d'effectuer un test de glycémie. Dans
de températures de fonctionnement

bandelettes réactives.
bouchon du flacon de bandelettes est
actives. S'assurer qu'aucun élément
pièces de rechange ou une demande

Consulter le manuel d'utilisation du lecteur de glycémie CONTOURTMPLUS

ContourTM plus

Bandelettes réactives

Utilisation prévue : Les bandelettes diabétiques et les professionnels de santé.

Résumé : Les bandelettes réactives CONTOURTMPLUS. Les lecteurs de glycémie.

Conservation et utilisation :

- Conserver les bandelettes réactives
- **Conserver les bandelettes réactives**
- **couvercle immédiatement après**
- **Bien se laver et se sécher les mains**
- Ne pas utiliser les bandelettes réactives
- Si le lecteur de glycémie et/ou le
- 20 minutes pour leur permettre de
- le manuel d'utilisation de votre lecteur
- correspondant au lecteur CONTOUR
- Les bandelettes réactives sont
- A l'ouverture de l'emballage des
- bien fermé. Si le bouchon n'est pas
- n'est manquant, abîmé ou cassé. C
- d'assistance.

À utiliser avec tous les
lecteurs CONTOURTMPLUS

**NO
CODING**
SANS CODAGE

ContourTM
plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

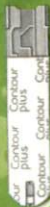
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شرائط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**
SANS CODAGE



ées à être utilisées par les patients
mique, sur sang total.
ées avec tous les lecteurs de glycémie
ure quantitative du glucose sanguin.

0 °C et 30 °C.
nt. **Veiller à toujours bien fermer le**
réactives.

date de péremption est imprimée sur
température à une autre, attendre
d'effectuer un test de glycémie. Dans
de températures de fonctionnement

bandelettes réactives.
bouchon du flacon de bandelettes est
actives. S'assurer qu'aucun élément
pièces de rechange ou une demande

Consulter le manuel d'utilisation du lecteur de glycémie CONTOURTMPLUS