

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.

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° M20- 0000816

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1218 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : Krim mohammed
Date de naissance : 01-01-1945
Adresse : BP 440 AGADIR 80000
Tél. : 0670 123139 Total des frais engagés : 00000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-00816

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1218
Nom de l'adhérent(e) : Krim M
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
30/08/2018	El Hamam Nouveau	1	200,00	Dr. Mehdi HADDI 30, Derb El Hamam Nouveau ASADIR - Tél: 0528 22 04 74 INPE : 041070475

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHIE de la Fontaine 18, Place du 18 Octobre 28200 - CHATEAUDUN 02 37 45 02 95 - Fax 02 37 45 14 26 28 2 00272 4		36.38 x 4 145.52 €

PHIE de la Fontaine
18, Place du 18 Octobre
28200 - CHATEAUDUN
Tel. 02 37 45 02 95 - Fax 02 37 45 14 26
28 2 00272 4

$$36.38 \times 4 = 145.52 \text{ €}$$
[illegible]

[illegible]

100

VOLET ADHERENT

01800

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

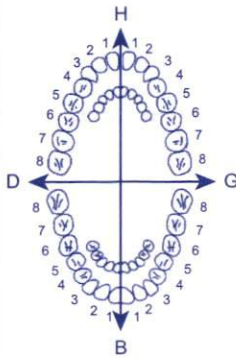
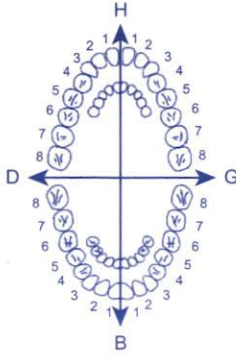
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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>			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																	
	(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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

H

25533412

00000000

D

21433552

00000000

G

B

00000000

35533411

00000000

11433553

H

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

H

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

H

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

H

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

H

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

H

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

H

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

H

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

H

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mehdi HADDI

MEDECINE GENERALE

30. Derb EL Hammam - Khyam

AGADIR

Tél. : 05 28 22 04 74

الدكتور المهدي هدي

الطب العام

30 درب الحمام - الخيام

أكادير

الهاتف : 05 28 22 04 74

Dr. Mehdi HADDI
30, Derb El Hammam - Nouveau
Khyam AGADIR - Tél: 0528 22 04 74
INPE : 041070475

MR KRISTIAN Hamm med.

1/ Bandelette rectiligne per
Glycine ON-TOUCH.

Per 03 Ans.

2/ LANCETTES.

Per 03 Ans

PHIE de la Fontaine
18, Place du 18 Octobre
28200 - CHATEAUDUN
Tél. 02 37 45 02 95 - Fax 02 37 45 14 26
28 2 00272 4

Dr. Mehdi HADDI
30, Derb El Hammam Nouveau
Khyam AGADIR - Tél: 0528 22 04 74
INPE : 041070475

Docteur Mehdi HADDI

MEDECINE GENERALE

30. Derb EL Hammam - Khyam

AGADIR

Tél. : 05 28 22 04 74

الدكتور المهدي هدي

الطب العام

30 درب الحمام - الخيام

أكادير

الهاتف : 05 28 22 04 74

Temp _____
Tension _____
Poul. _____
Poids _____
Age _____

NOTE D'HONORAIRES

NOM :

M. KRIM MOHAMMED

LIEU DE VISITE :

DATE DE VISITE :

04-08-2023

SOINS MEDICAUX :

SOINS PARAMEDICAUX :

RADIO :

Visite

TOTAL HONORAIRES :

20000DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de :

Deux cent quarante

Dr. Mehdi HADDI
30, Derb El Hammam Nouveau
Khyam AGADIR - Tél: 0528 22 04 74
INPE : 041070475

Track No
06454038031



Lot (10)



670328

2023-10-31

2022-05-20



(01)04015630982028 UDI

ACCU-CHEK® Performa

06454038

100 Bandelettes réactives

Pour la détermination de la glycémie

Seulement pour:
les lecteurs de la gamme Accu-Chek Performa



6124602

Autocontrôle, 100 bandelettes,
capteurs ou électrodes, Roche Diabetes Care

Bandelettes Accu-Chek
PERFORMA

Roche

Roche

REF 06454038031



4 015630 982028



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com
Made in U.S.A.



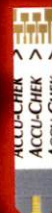
ACCU-CHEK® Performa

06454038

100 Teststrips

Voor de bepaling van bloedglucose

Alleen voor:
Accu-Chek Performa productfamilie van meters



Roche

ACCU-CHEK and ACCU-CHEK PERFORMA are
trademarks of Roche.

© 2021 Roche Diabetes Care

06909744061A-0121



2°C - 30°C



CE 0123

Roche

Track No
06454038031



Lot (10)



670328

2023-10-31

2022-05-20



(01)04015630982028 UDI

ACCU-CHEK® Performa

06454038

100 Bandelettes réactives

Pour la détermination de la glycémie

Seulement pour:
les lecteurs de la gamme Accu-Chek Performa



6124602

Autocontrôle, 100 bandelettes,
capteurs ou électrodes, Roche Diabetes Care

Bandelettes Accu-Chek
PERFORMA

Roche

Roche

REF 06454038031



4 015630 982028



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com
Made in U.S.A.



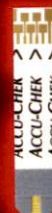
ACCU-CHEK® Performa

06454038

100 Teststrips

Voor de bepaling van bloedglucose

Alleen voor:
Accu-Chek Performa productfamilie van meters



Roche

ACCU-CHEK and ACCU-CHEK PERFORMA are
trademarks of Roche.

© 2021 Roche Diabetes Care

06909744061A-0121



2°C - 30°C



CE 0123

Roche

Track No
06454038031



Lot (10)



670328

2023-10-31

2022-05-20



(01)04015630982028 UDI

ACCU-CHEK® Performa

06454038

100 Bandelettes réactives

Pour la détermination de la glycémie

Seulement pour:
les lecteurs de la gamme Accu-Chek Performa



6124602

Autocontrôle, 100 bandelettes,
capteurs ou électrodes, Roche Diabetes Care

Bandelettes Accu-Chek
PERFORMA

Roche

Roche

REF 06454038031



4 015630 982028



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com
Made in U.S.A.



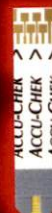
ACCU-CHEK® Performa

06454038

100 Teststrips

Voor de bepaling van bloedglucose

Alleen voor:
Accu-Chek Performa productfamilie van meters



Roche

ACCU-CHEK and ACCU-CHEK PERFORMA are
trademarks of Roche.

© 2021 Roche Diabetes Care

06909744061A-0121



2°C - 30°C



CE 0123

Roche