

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4673 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : 180 ggt
 Nom & Prénom : BAHRA Aï
 Date de naissance : 08-02-1953
 Adresse : BP 4002 clerb. septane eP Fida
clerbe Sidna casablanca
 Tél. : 0661915936 Total des frais engagés : 360,00 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 :

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) : Beila

Le : 01/11/2023

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
16.10.23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMAR 244 lotissement el wafa Dakar	24-10-23	360,0
Fix : 05.22.53.20.54		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, 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

ODF PROTHÉSES DENTAIRES

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

M. R. K. W. Belfakir

INPE:062095070
PHARMACIE EL OUMOUNIA
244 lotissement el wafa
Beroua
Fix : 0522 01

Le... 31/10/23

Facture_{N°}

16

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلص

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

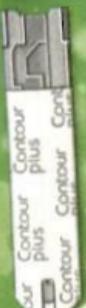
25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N	108-141	mg/dL
CONTROL L	36-47	mg/dL
CONTROL H	316-411	mg/dL
LOT	DP2FQHC31F	
	2024-06	

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلص

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود باشی



2797



IVD



5 016003 763502

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلص

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

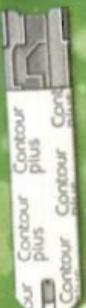
25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N 108-141 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 316-411 mg/dL

LOT DP2FQHC31F

2024-06

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلص

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود باشی



2797



IVD



5 016003 763502

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلص

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

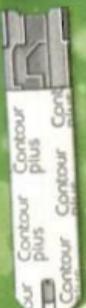
25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N 108-141 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 316-411 mg/dL

LOT DP2FQHC31F

2024-06

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلص

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود باشی



2797



30°C

0°C



IVD



5 016003 763502

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلص

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

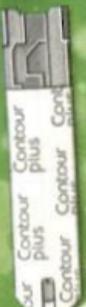
25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N	108-141	mg/dL
CONTROL L	36-47	mg/dL
CONTROL H	316-411	mg/dL
LOT	DP2FQHC31F	
	2024-06	

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلص

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود باشی



2797



30°C

0°C



IVD



5 016003 763502

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : BAHRA ALI

Matricule : 4673 N° CIN : B16548

Adresse : BP 4002 Denb Seltan El Fide de Denb Seltan Casablanca

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : Diabète

N° ICE : 001494420000031 N° INPE : 001494420000031

Certifie que Mlle, Mme, M. : Bas FAKIR PKIA

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Diahète Age : 02 :
Gvgs 1105 : cholest 2119
HbA1c = 7.0% : TG = 1128

Dont ci-joint ordonnance :

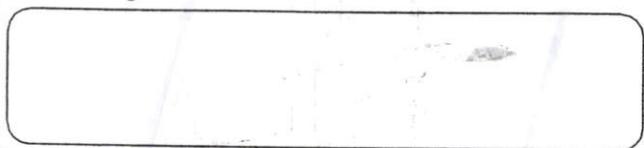
Traitements prescrits :

Metformine 1000 mg 3 fois par jour
Metformine 500 mg 1 fois par jour

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées