

## 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° W21-796527

Courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 3467

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Elouafi Attia Eddine

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : Avenue Allal Ben Abdellah N°11

Tél. : 06 61 28 43 25

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age: 66

Lien de parenté :

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 : Rabat

Le : 23/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-796527

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 : 3467

Nom de l'adhérent(e) : Elouafi Attia Eddine

Total des frais engagés : 547.000 Dhs

Date de dépôt : 15/11/2023

#### **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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/03/23	61110

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### **VOLET ADHERENT**

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

## **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	INP : <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Pharmacie UNIVERSELLE (Société KAMYANIS  
PHARMA SARL AU) - Rabat**

 Mounir KADIRI HASSANI

 0808508679



**Facture N° 20231115-576**

Date de vente : 29/09/2023

Médecin traitant :

**SAMRI AHMED**

RABAT, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
GLUCOPHAGE CO 850MG B60 COMP GM	6	45,20	Exonéré (0.00%)	271,20
ODIA CO 2MG B30 COMP	5	40,00	Exonéré (0.00%)	200,00
BIONIME BANDELETTES B50 REF GS 300	1	139,90	TVA (20.00%)	139,90

Total HT	587,78 DHS
TVA	23,32 DHS
<b>Total</b>	<b>611,10 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : six cent onze DHS et dix centimes**

  
**PHARMACIE UNIVERSELLE**  
**KAMYANIS PHARMA SARL**  
1, Avenue Allal Ben Abdallah - Rabat  
Tel : 08 08 50 86 79  
ICE : 002849918000083

45,20 DHT



MERCK

# Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

60 Comprimés pelliculés

45,20 DHT



MERCK

# Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

60 Comprimés pelliculés

45,20 DHT



MERCK

# Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

60 Comprimés pelliculés

45,20 DHT



MERCK

# Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

60 Comprimés pelliculés

45,20 DHT



MERCK

# Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

60 Comprimés pelliculés

45,20 DHT



MERCK

# Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine

Voie orale

60 Comprimés pelliculés

# Odia®

**2 mg**

Glimépiride

30 Comprimés  
Voie orale



LOT 230673 1  
EXP 02 2026  
PPV 40.00



سوطيمما  
othema



# Odia®

**2 mg**

30 Comprimés  
Voie orale



Glimépiride



LOT 230673 1  
EXP 02 2026  
PPV 40.00



سوطيمما  
othema



# Odia®

**2 mg**

30 Comprimés  
Voie orale



Glimépiride



LOT 230673 1  
EXP 02 2026  
PPV 40.00



سوطيمما  
othema



# Odia®

**2 mg**

30 Comprimés  
Voie orale



Glimépiride



LOT 230673 1  
EXP 02 2026  
PPV 40.00



سوطيمما  
othema



# Odia®

**2 mg**

30 Comprimés  
Voie orale



Glimépiride



LOT 230673 1  
EXP 02 2026  
PPV 40.00





4 710949 338558  
Maroc Diabète Plus  
94 Abou Assalt  
Casablanca Morocco



EN  
101-2GS300-1R2

Use with "RIGHTEST™ GS300/GM110



Single use

Discard test strip properly after

- Do not use if seals are broken

- Do not use if preparation date has

passed

- Do not use if expiration date has

passed

- Strip will

- Use within 3 months of opening

- Store at room temperature 4 - 30°C

(39 - 86°F) and 10 - 90% RH

- Do not freeze

- Store in original packaging

- For self-testing and professional use

For in vitro diagnostic use

BIONIME  
Blood Glucose Test Strip

BIONIME  
Blood Glucose Test Strip

BIONIME  
Blood Glucose Test Strip

2024-10-18  
LOT 2122B0307



BIONIME  
Blood Glucose Test Strip

50 PCS (2 vials of 25)



Golden Electrode strip  
(Smart Code Key included)

RIGHTEST™ GS300

BIONIME  
Blood Glucose Test Strip

Features:

- User friendly design
- Only 1.4 µL blood sample required
- Less blood means less pain
- Golden Electrode strip part

Precision and Accur-

BIONIME  
No. 1  
Taichu  
Tel: +86  
Fax: +86  
Email: info@bionime.com  
<http://www.bionime.com>

139.90

CE  
0197

GS300

GS300

EC REP

Emergo Europe  
Prinsessegracht 20  
2514 AP The Hague  
The Netherlands  
Email: EmergoVigilance@ul.com