

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

- 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 - 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

M23-0026131

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4643 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BAHRA A. di
Date de naissance : 08-02-1953
Adresse : BP 4008 Derb Seltane 29 Fida derbe
Sidra Casablanca
Tél. : 0661 21 5936 Total des frais engagés : 270 DH 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 : Casablanca Le : 07/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

1-12-23

270,00

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

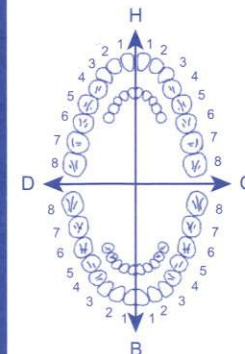
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

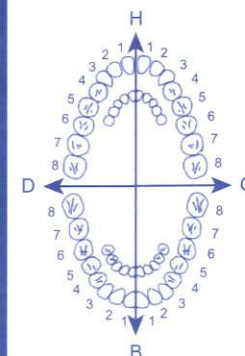
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Fix: 05
INPE: 062095070

Le.....1-12-23

Facture^{N°} 22

Quantité	Désignation	Prix	Montant
3	cordon plus 128	90.00	270.00
	T _s		270.00

Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس



25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

For use with / À utiliser avec
للتستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با
وسائلهای تست قند خون

Contour™ Plus
Meters / lecteurs

کونتور پلاس / (کنتور پلاس)

REF 84627446

Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جنوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**
SANS CODAGE



Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جنوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

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



2797



0°C 30°C



5 016003 763502

CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP2DQHC348

2024-04

Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس



25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

For use with / À utiliser avec
للتستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با
وسائط اختبار تست فند خون

Contour™ Plus
Meters / lecteurs

کونتور پلاس / (کنتور پلاس)

REF 84627446

Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جنوكوز الدم
نوارهای تست فند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**
SANS CODAGE



Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جنوكوز الدم
نوارهای تست فند خون

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



2797



0°C 30°C



5 016003 763502

CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP2DQHC348



2024-04

Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس



25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

For use with / À utiliser avec
للتستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با
وسائلهای تست قند خون

Contour™ Plus
Meters / lecteurs

کونتور پلاس / (کنتور پلاس)

REF 84627446

Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جنوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جنوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



2797



30°C
0°C



5 016003 763502

CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP2DQHC348



2024-04

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom :

BAHRA ALI

Matricule :

4678

N° CIN :

B16548

Adresse :

BP 4002 Darb Seltan El Fide darb Sidine, Casablanca

Bénéficiaire de soins :

☐ Adhérent

☒ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

Diabète

N° ICE :

001491420000031

N° INPE :

INPE 061100000

Certifie que Mlle, Mme, M. :

POUR 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 :

Diabète type 02 :

Glycémie 11,05

HSAIC = 710%

cholestérol 2,17

TG 1,28

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Bombes Glycémie
Insuline

Insuline, 100
100 mg 100 mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

11/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

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