

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M23-0026131

Maladie

Dentaire

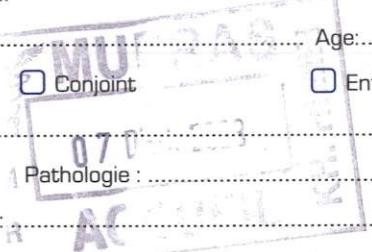
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

| | | | |
|--------------------------------|--|---|--------|
| Matricule : | 1673 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | A85768 |
| Nom & Prénom : | | BAHRI Ali | |
| Date de naissance : | | 08-02-1953 | |
| Adresse : | | BP 4002 Derb Seffane et Fida derbe Sidi Nacer Casablanca | |
| Tél. : | | 0661215936 Total des frais engagés : 270DH Dhs | |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---|
| Cachet du médecin : |  | | |
| Date de consultation : | / | / | / |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | | | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> 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 : 07/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| ARMERIE EL OUMOU ZAGHOUAN Tunisie | 32-12-2014 | 20,00 |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

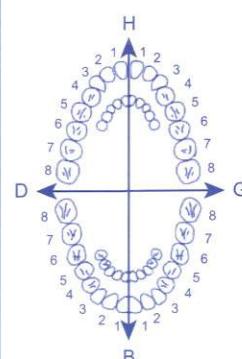
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 |
| | 00000000 |
| 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. Rkia Belfokin

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafa
Deraa
Fix : 05.22.53.20.54
NPE.062095070

Le 1-12-23

Facture N° 22

Contour™ Plus

كونتور بلص / كنتور بلاس



25

Test Strips
Bandelettes réactives
شرطي اختبار
نوار تشت

For use with / A utiliser avec
للاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استخدامه با
مترالكمياتي تست قند خون
CONTOUR™ PLUS
Meters / lecteurs
كونتور بلص / كنتور بلاس)

REF 84627446

Contour™ PLUS

كونتور بلص / كنتور بلاس

Blood Glucose Test Strips

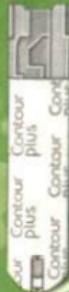
Bandelettes réactives de glycémie
شرطي اختبار جلوکوز الدم
نوارهای تست فند خون

25

Test Strips
Bandelettes réactives
شرطي اختبار
نوار تشت

NO CODING

SANS CODAGE



CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP2DQHC348

EX 2024-04

Contour plus

كونتور بلص / كنتور بلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

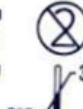
شرطي اختبار جلوکوز الدم

نوارهای تست فند خون

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



2797



0°C



30°C



Contour™ Plus

كونتور بلص / كنتور بلاس



25

Test Strips
Bandelettes réactives
شرطي اختبار
نوار تشت

For use with / A utiliser avec
للاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استخدامه با
مترالكمياتي تست قند خون
CONTOUR™ PLUS
Meters / lecteurs
كونتور بلص / كنتور بلاس)

REF 84627446

Contour™ Plus

كونتور بلص / كنتور بلاس

Blood Glucose Test Strips

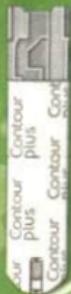
Bandelettes réactives de glycémie
شرطي اختبار جلوکوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes réactives
شرطي اختبار
نوار تشت

NO CODING

SANS CODAGE



CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP2DQHC348

EX 2024-04

Contour plus

كونتور بلص / كنتور بلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرطي اختبار جلوکوز الدم

نوارهای تست قند خون

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



2797



0°C



30°C



IVD



Contour™ Plus

كونتور بلص / كنتور بلاس



25

Test Strips
Bandelettes réactives
شرطي اختبار
نوار تشت

For use with / A utiliser avec
للاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استخدام با
مترالكماتي تست قند خون
CONTOUR™ PLUS
Meters / lecteurs
كونتور بلص / كنتور بلاس)

REF 84627446

Contour™ PLUS

كونتور بلص / كنتور بلاس

Blood Glucose Test Strips

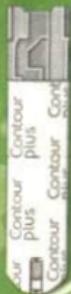
Bandelettes réactives de glycémie
شرطي اختبار جلوکوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes réactives
شرطي اختبار
نوار تشت

NO CODING

SANS CODAGE



CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP2DQHC348

EX 2024-04

Contour plus

كونتور بلص / كنتور بلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرطي اختبار جلوکوز الدم

نوارهای تست قند خون

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



2797



0°C



30°C





**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

Partie réservée à l'enseignant

Matricule : 4673

Nº CIN: B16542

N° CIN : B16548

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : Diabète sucré

Nº ICE: 001491420000031

Certifie que Mlle, Mme, M. : Paul FAKIR

KIA.

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

- Entre 5 et 6 mois

A view

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

Biéthète type 02 :
Glycémie : 1105
HbA1c : 710%
Cholestérol : 2119
TG : 9128

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

- Berndtshausen (Lippe) 1970
- Döpke

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Lyon le 1^{er} juillet

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.