

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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

W21-836309

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12390 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN RHANNOU ADIL

Date de naissance : 19/01/1991

Adresse :

Tél. : 06.62.765.884 Total des frais engagés : #120# 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 09/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

### 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

### 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	
	26/12/2023					120 DH

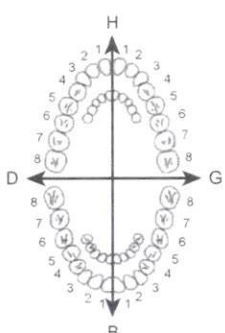
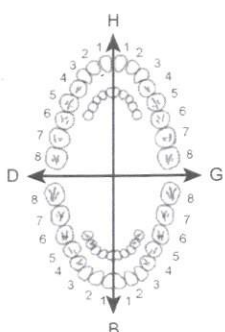
**PRIMASTY**  
Med Sofia Gh 7 Entr 4 N°75  
Lissasfa-Casablanca

### 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D 00000000 G 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Montant des Honoraires</p> </div> <div> <p>DATE DU DEVIS</p> </div> </div>					<p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PRIMASYS

Riad Sofia, GH 7 Entrée 4, N° 75, Lissasfa  
Casablanca - Maroc

ICE : 002824797000029



## Facture

N° Facture : OP-2023-56

Client : Mariam Zengaoui

Date Facture : 26/12/2023

Produit	Nombre	Prix UN TTC	Montant TTC
ON CALL EXTRA BANDELETTES 50 UNITÉS	1	120,00	120,00

Total HT	100,00
Total TVA	20,00
Total TTC	120,00

Mode de règlement :	Espèces
---------------------	---------

Arrêtée la présente facture à la somme de cent vingt Dirhams Toutes Taxes Comprises.

  
**PRIMASYS**  
Riad Sofia Gh 7 Entr 4 N°75  
Lissasfa- Casablanca

PRIMASYS SARL au capital de 100000 DHS

Siège social: Riad Sofia, GH 7 Entrée 4, N° 75, Lissasfa Casablanca - Maroc Tel: +212 520 05 55 18

RC N°: 509837 Patente: 36204363 IF N°: 50342769 CNSS N°: 2701843 ICE : 002824797000029



**INFO PHARMA EM**  
10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: + 212 5 22 22 34 07  
+ 212 5 22 22 12 55  
Fax: + 212 5 22 47 45 92

English

**Blood Glucose Test Strips**

For testing glucose in whole blood using the On Call® Extra family of blood glucose meters.

**Contents:**

- Only for use outside the body.
- 50 Test Strips
- Package Insert

**Français**

**Bandelettes pour test de glycémie**

Pour l'analyse de glucose dans le sang total à l'aide de la famille de Glycomètres On Call® Extra.

**Contenu:**

- 50 bandelettes
- Mode d'emploi

**Arabisch**

**قواعد اختبار سكر الدم**

للتحليل الكلي للسكر في الدم باستخدام عائلة أجهزة قياس السكر في الدم On Call® Extra.

**العربية**

**قواعد اختبار سكر الدم**

للتحليل الكلي للسكر في الدم باستخدام عائلة أجهزة قياس السكر في الدم On Call® Extra.

**Русский**

**Тест-полоски**

Для измерения уровня содержания глюкозы в капле крови с использованием портативных и портатископических глюкометров.

**Упаковка содержит:**


- 50 тест-полосок
- Инструкцию-вкладыш

**On-Call®** Extra Blood Glucose Test Strips

REMBOURSÉ  
par la  
MUTUALITÉ

**On-Call®**  
**Extra**  
Blood Glucose Test Strips

REF: G135-10H  
MODEL: OGS-191



ACON Laboratories, Inc.  
5850 Oberlin Drive, #340  
San Diego, CA 92121, USA  
[www.aconlabs.com](http://www.aconlabs.com)

EC REP  
MDSS GmbH  
Schiffgraben 41  
0175 Hannover, Germany

**On-Call®**  
**Extra**  
Blood Glucose Test Strips

For testing glucose in whole blood using the On Call® Extra family of Blood Glucose Meters.

Glucose meters.  
For self testing and professional use.  
Only for use outside the body.

**Contents:**

- 50 Test Strips
- Package Insert



2025-01-06 1191569

**On-Call®**  
**Extra**  
Blood Glucose Test Strips