

# 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.

20/03/2025

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2489

Société : NAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELOUJANI MOHAMED

Date de naissance : 18/09/1953

Adresse :

Tél. : 060.362.487

Total des frais engagés : 382,50 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 : MARQUE CHRONIQUE DIABÈTE

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

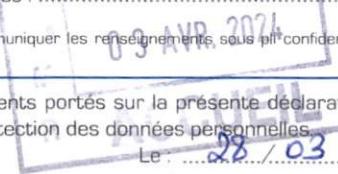
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : .....

Le : 28/03/2025

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<br>ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
| 09203733                                  | 08/03/94 | 38250                 |

| ANALYSES - RADIographies                            |      |                             |                        |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |



PHARMACIE DE LA DECOUVERTE  
LOTIS AL MOUSTAKBAL Lot N°7 SIDI MAAROUF

Docteur en pharmacie  
UNIVERSITE DE LIEGE  
BELGIQUE

R.C :325695 Patente:36167275  
T.V.A :15250952 C.N.S.S:6181242  
Banque:BMCI 0137800110401384100187  
Tél :0522973223

Le 28/03/2024

FACTURE N°1100722

N° ICE : 001687646000084

N° IF : 15250952

ELOUJANI MED

ICE N° :

| Qté | Désignation                   | PPV Unitaire | Total BRUT | Dont TVA | % Taux |
|-----|-------------------------------|--------------|------------|----------|--------|
| 1   | BIONIME LANCETTES/100         | 82,50        | 82,50      | 13,75    | 20,00  |
| 2   | BIONIME BANDELETTE GLUCOSE/25 | 150,00       | 300,00     | 50,00    | 20,00  |
|     |                               |              |            |          |        |

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SARL AU  
Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7  
Route 1029, Sidi Maarouf, Casablanca  
TEL : 0522 97 32 23 / TEL : 0522 97 57 46

TOTAL T.T.C : 382,50

|              |               |           |                |        |         |       |
|--------------|---------------|-----------|----------------|--------|---------|-------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | Montant : | TVA 20% Base : | 382,50 | Montant | 63,75 |
|--------------|---------------|-----------|----------------|--------|---------|-------|

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Trois Cent Quatre-vingt Deux Dirhams et 50 centimes.





**BIONIME**  
Blood Glucose Test Strip

2024-03-15  
LOT 212240111



**GS300**

**BIONIME**  
Blood Glucose Test Strip

**25 PCS (a vial of 25)**



Noble Metal Electrode Strip  
(Smart Code Key included)

**RIGHTEST™ GS300**



**BIONIME**  
Blood Glucose Test Strip

For *in vitro* diagnostic use  
For self-testing and professional use

- Store at temperature 4 - 30°C (39 - 86°F) and RH 10 - 90% relative humidity
- Do not freeze
- Read package insert before using
- Use within 3 months of opening strip vial
- Do not use if expiration date has passed
- Do not use if seals are broken
- Discard test strip properly after single use



Use with **RIGHTEST™ GM300**

101-2G5300-1Q0  
EN



**BIONIME**  
Blood Glucose Test Strip

**Instruction of use GS300**

1. Insert the strip into the socket on the top of the meter and wait for the information on the blood glucose meter LCD to appear.



2. After obtaining a blood sample on your finger, gently touch the tip of the strip in order for the blood sample to be absorbed.

Morocco  
Casablanca  
94 Abou Assia  
Moroc Diabete Plus  
4 7106271337996

**BIONIME**  
Blood Glucose Test Strip

**Features:**

- User friendly design.
- Only 1.4 µL blood sample required.  
Less blood means less pain.
- Noble metal Electrode Strip performs high.  
Precision and Accuracy.

**BIONIME CORPORATION**

No. 100, Sec. 2, Daqing St., South Dist.,  
Taichung City 40242, Taiwan  
Tel: +886 4 23692388  
Fax: +886 4 22617586  
Email: info@bionime.com  
http://www.bionime.com

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



0197

**BIONIME**  
Blood Glucose Test Strip

2024-03-15  
LOT 212240111



GS300

**BIONIME**  
Blood Glucose Test Strip

25 PCS (a vial of 25)



Noble Metal Electrode Strip  
(Smart Code Key included)

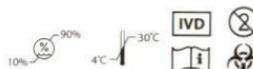
**RIGHTEST™ GS300**



**BIONIME**  
Blood Glucose Test Strip

For *in vitro* diagnostic use  
For self-testing and professional use

- Store at temperature 4 - 30°C (39 - 86°F) and RH 10 - 90% relative humidity
- Do not freeze
- Read package insert before using
- Use within 3 months of opening strip vial
- Do not use if expiration date has passed
- Do not use if seals are broken
- Discard test strip properly after single use



Use with **RIGHTEST™ GM300**

101-2G5300-1Q0  
EN



**BIONIME**  
Blood Glucose Test Strip

**Instruction of use GS300**

1. Insert the strip into the socket on the top of the meter and wait for the information on the blood glucose meter LCD to appear.



2. After obtaining a blood sample on your finger, gently touch the tip of the strip in order for the blood sample to be absorbed.



**BIONIME**  
Blood Glucose Test Strip

**Features:**

- User friendly design.
- Only 1.4 µL blood sample required. Less blood means less pain.
- Noble metal Electrode Strip performs high. Precision and Accuracy.

**BIONIME CORPORATION**

No. 100, Sec. 2, Daqing St., South Dist.,  
Taichung City 40242, Taiwan  
Tel: +886 4 23692388  
Fax: +886 4 22617586  
Email: info@bionime.com  
<http://www.bionime.com>

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

**CE**  
0197