

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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

W21-835481

201025

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2489 Société : NAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL OUDANI MOHAMED
Date de naissance : 18/09/1953
Adresse :
Tél. : 0600 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 : MALADIE CHRONIQUE DIABETE
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.

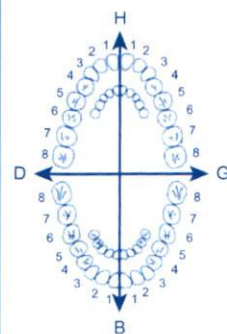
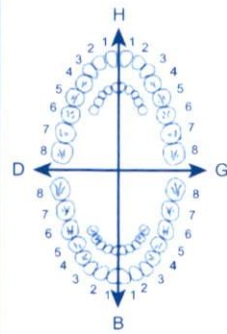
Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 28/03/2024

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
	28/03/24	38250

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
																	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Promisemed® Blood Lancet

Español

Lancetas estériles
Para auto-control y uso profesional.

PRECAUTION:
No use la lanceta, si la etiqueta de seguridad no se encuentra o esta rota al momento de retirar la lanceta de sobre. Tenga cuidado cuando la aguja de la lanceta esté expuesta.

• 100 Lancetas Estériles
Contenido:

English
Lancets
For self testing and professional use.

PRECAUTION:
Do not use the lancet if the safety tab is missing or loose when you take the lancet out of bag. Use caution whenever the lancet needle is exposed.

• 100 Sterile Lancets
Contents:

Français

PRECAUTIONS:
Ne pas utiliser la lancette lorsque la languette est dévissée, même si la lancette a été protégée de son sachet. Agir avec prudence chaque fois que l'aiguille de la lancette est apparente.

• 100 Lancettes stériles
Contenu:

LOT

SIZE: 28G

903022

2027-02



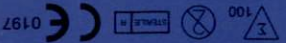
Promisemed® Blood Lancet BL-28

For use with the following devices:



PROMISEMED HANGZHOU MEDTECH CO., LTD.
No. 12 Longdan Road, Cangqian Street,
Yuhang District, Hangzhou City,
311121 Zhejiang, P.R.C.
MT Promed Consulting GmbH
Altenhofer, 80 66386 SL
Ingert, Germany

Promisemed® Blood Lancet



1003-BL-28B-04-100

Promisemed® Blood Lancet

Espanol

Lancetas estériles

PRECAUTION:
No use la lanceta, si la etiqueta de seguridad no se encuentra o esta dañada.

Para auto-control y uso profesional.

folja al momento de retirar la lanceta de su envoltorio.

agrupa de la lanceta esté expuesta.

Comando:

• 100 Lancetas Estériles

English

Lancets

For self testing and professional use.

PRECAUTION:

Do not use the lancet if the safety tab is missing or loose when you take the lancet out of bag. Use caution whenever the lancet needle is exposed.

Contents:

• 100 Sterile Lancets

Français

Lancettes

A usage individuel et professionnel.

PRECAUTIONS:

Ne pas utiliser la lancette lorsque la lancette est déviscée, même si la lancette a été protégée de son sachet.

Agir avec prudence chaque fois que l'aiguille de la lancette est apparente.

Contenu:

• 100 Lancettes stériles

LOT

903022

2027-02

SIZE: 28G



Promisemed® Blood Lancet BL-28

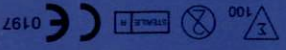
For use with the following devices:



PROMISEMED HANGZHOU MEDITECH CO., LTD.
No. 12 Longdan Road, Cangqian Street,
Yuhang District, Hangzhou City,
311121 Zhejiang, P.R.C.

MT Promed Consulting GmbH
Altenhoferstr. 80 66386 SL
Ingert, Germany

Promisemed® Blood Lancet



1003-BL-28B-04-100

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**101-2GS300-1Q0
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.

**RIGHTEST™ GS300****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, Daging St., South Dist.,
Taichung City 40242, Taiwan
Tel: +886 4 23692388
Fax: +886 4 22617586
Email: info@bionime.com
http://www.bionime.com

CE

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

**0197**

Maroc Diabete Plus
94 Abou Assalt
Casablanca
Morocco



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**101-2GS300-1Q0
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.

**RIGHTEST™ GS300****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, Daging St., South Dist.,
Taichung City 40242, Taiwan
Tel: +886 4 23692388
Fax: +886 4 22617586
Email: info@bionime.com
http://www.bionime.com

CE

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

**0197**

Maroc Diabete Plus
94 Abou Assalt
Casablanca
Morocco

