

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1673

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAHRA AE

Date de naissance : 08.02.1953

Adresse : BPL 002 Derb Seffane et Fida derb
Sidna casablanca

Tél. : 06.61.21.59.35 Total des frais engagés : 310,65 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 : 09 AVR

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 : 09/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
El-Oumma - El-Darou - El-wafa - 02.05.2014	8-6-2014	312,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

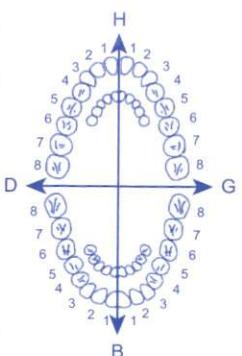
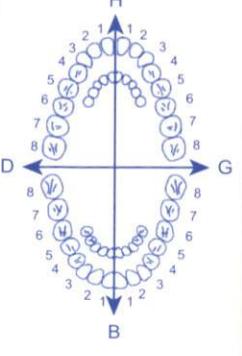
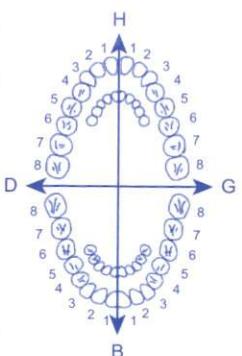
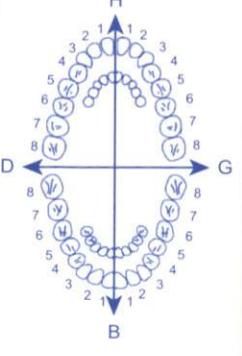
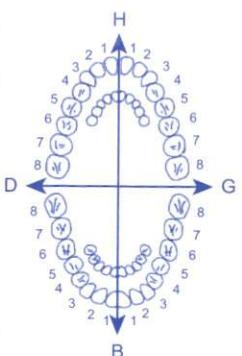
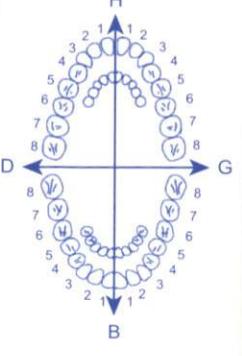
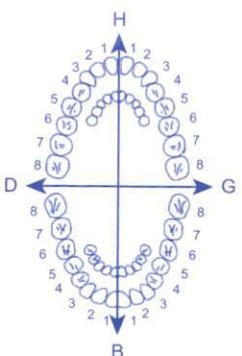
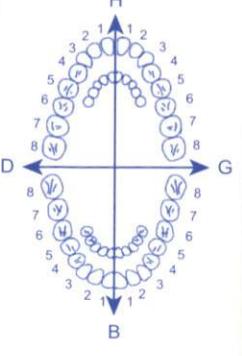
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

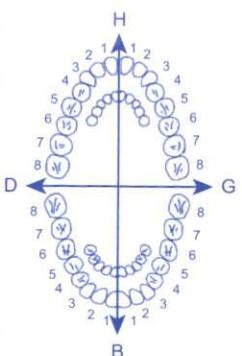
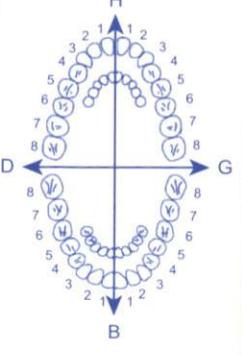
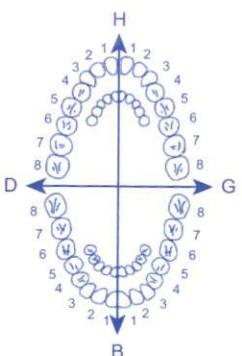
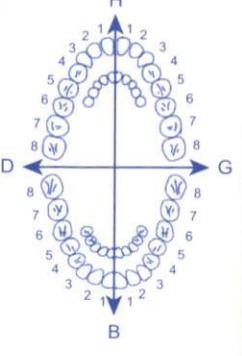
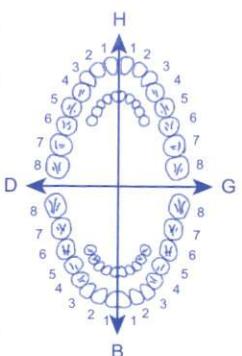
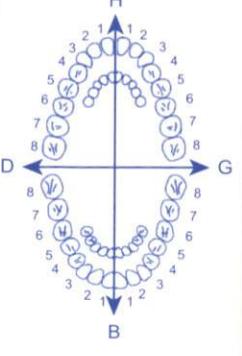
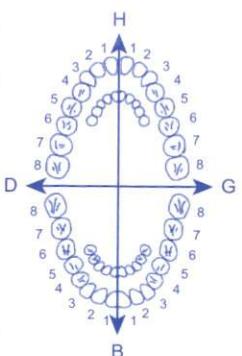
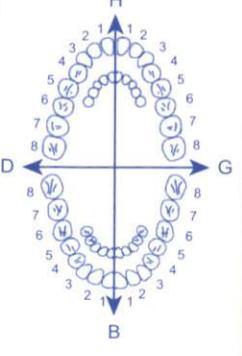
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				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

M. Bel. fo. K. R. K. a.

INPE:062095070

Fix:

24

24

18

Le 8-4-24

Facture

Quantité	Désignation	Prix	Montant
2	C. S. nt. en Plus	120,00	240,00
1	Contour plus	70,00	70,00
			310,00

MAISON ET
DÉROUAI
EMENT EL WAFAA

DEROUA
22.53.20.54

DEROUA
22.53.20.54

Contour™ plus

كونتور بلص / کنتور پلاس

50

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

For use with / À utiliser avec

للاستخدام مع آجهزة بلص / جهت استفاده با

دستگاههای تست قند خون

Contour™ plus

Meters / lecteurs

كونتور بلص / (کنتور پلاس)

REF 84627454

Contour™ plus

كونتور بلص / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شریط اختبار جلوکوز الدم

نوارهای تست قند خون

50

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N 113-146 mg/dL

CONTROL L 38-49 mg/dL

CONTROL H 334-433 mg/dL

LOT #P2MQHH0cD*

2024-12

Contour™ plus

كونتور بلص / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شریط اختبار جلوکوز الدم

نوارهای تست قند خون

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



2797



0°C / 30°C



5 016003 763601

Contour™ plus

كونتور بلص / کنتور پلاس

50

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

For use with / À utiliser avec

للاستخدام مع آجهزة بلص / جهت استفاده با

دستگاههای تست قند خون

Contour™ plus

Meters / lecteurs

كونتور بلص / (کنتور پلاس)

REF 84627454

Contour™ plus

كونتور بلص / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شریط اختبار جلوکوز الدم

نوارهای تست قند خون

50

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N 113-146 mg/dL

CONTROL L 38-49 mg/dL

CONTROL H 334-433 mg/dL

LOT #P2MQHH0cD*

2024-12

Contour™ plus

كونتور بلص / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شریط اختبار جلوکوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خودپایش



2797



0°C / 30°C



5 016003 763601

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس



25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شريط اختبار
نوار تست

For use with / A utiliser avec
للاستخدام مع آجهزة قياس / جهت استخدامها
دستگاههای تست قند خون

CONTOUR™ Plus

Meters / lecteurs

كونتور بلص / كنتور بلس

REF 84627446

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شريط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شريط اختبار
نوار تست



SANS CODAGE



CONTROL N 110-143 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 320-415 mg/dL

LOT DP2GQHC31F

2024-07

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شريط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

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



2797



30°C



5 016003 763502

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

Nom et prénom : BAHRA ALI

Matricule : 4673 N° CIN : B316548

Adresse : BP 4002 Denb Seltan à l'ide de denb Soltane, Casablanca

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : Diabète

N° ICE : 201991420000031 N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Dr FAKIR PKA

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 Age : 52 :
Gm : 105 cholest : 217
HbA1c : 7.0%. TG : 91.28

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

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