

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 canaux, 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 canaux.

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

M23- N° 0042319

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4673 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BAHRA AE
Date de naissance : 08.02.1953
Adresse : BP4002 Derb Seftane el Fida derb Sidna Casablanca
Tél. : 0661215936 Total des frais engagés : 310,00 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 : 09/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

8 u 2u 312,00

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

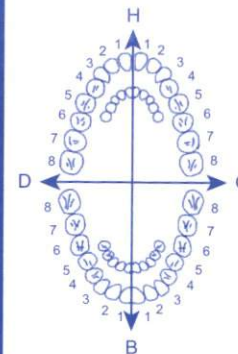
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 fa Ki R. Kia

INPE:062095070

PT: 244 lotissement el wafaa
Droua
05-22-53-20-54
FIX: 05-22-53-20-54

Le 8-4-24

Facture N° 18

| Quantité | Désignation | Prix | Montant |
|----------|--------------|--------|--------------|
| 2 | Contour Plus | 110,00 | 220,00 |
| 1 | Contour Plus | 70,00 | 70,00 |
| | | | <hr/> 310,00 |

S.V

PT: 244 lotissement el wafaa
Droua
05-22-53-20-54
FIX: 05-22-53-20-54

PT: 244 lotissement el wafaa
Droua
05-22-53-20-54
FIX: 05-22-53-20-54

PT: 244 lotissement el wafaa
Droua
05-22-53-20-54
FIX: 05-22-53-20-54

Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس



50

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

For use with / À utiliser avec
للاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با
دستگاههای تست قند خون

Contour™ Plus

Meters / lecteurs
کونتور پلاس / (کنتور پلاس)

REF 84627454

Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

50

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**
SANS CODAGE



Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خودپایشی



2797



5 016003 763601

CONTROL N 113-146 mg/dL

CONTROL L 38-49 mg/dL

CONTROL H 334-433 mg/dL

LOT P22MQHH02D

2024-12

Contour™ plus

کونٹور پلاس / کنتور پلاس



50

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

For use with / À utiliser avec
للاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با
دستگاههای تست قند خون

Contour™ Plus

Meters / lecteurs
کونٹور پلاس / (کنتور پلاس)

REF 84627454

Contour™ plus

کونٹور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

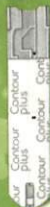
نوارهای تست قند خون

50

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**
SANS CODAGE



Contour™ plus

کونٹور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خودپایشی



2797



0°C



5 016003 763601

CONTROL N 113-146 mg/dL

CONTROL L 38-49 mg/dL

CONTROL H 334-433 mg/dL

LOT P22M4H02D

2024-12

Contour™ plus

کوننتور پلاس / کنتور پلاس



25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختیار
نوار تست

For use with / A utiliser avec
کنتور پلاس / کنتور پلاس

Contour™ Plus

Meters / lecteurs
کوننتور پلاس / کنتور پلاس

REF 84627446

Contour™ plus

کوننتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شریط اختیار جلوكوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختیار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



Contour™ plus

کوننتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شریط اختیار جلوكوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختیار الذاتي • جهت خود پایشی



2797



0°C 30°C



5 016003 763502

CONTROL N 110-143 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 320-415 mg/dL

LOT DP264HC31F



2024-07

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

Nom et prénom : **BAHRA ALI**

Matricule : **4673** N° CIN : **B16548**

Adresse : **BP 4002 Deib Seltan El Fide deib Sidine, Casablanca**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Diabétologue**

N° ICE : **201991420000031** N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **BRA FAKIR PKIA**

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 type 02 :
Glycémie = 11.05
HbA1c = 7.10%
Cholestérol = 2.17
TG = 1.28

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Insuline, Metformine, Glucophage, etc.**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées