

## 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.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### 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 tous les 6 mois.

### 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.

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

N° W21-785434

202839

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 80 20		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOHAMED
Nom & Prénom : ASSI DDI KI			
Date de naissance : 1950			
Adresse : ADO 3 1MM 47 LOT ASSABATH ASSAOUI RABAMRAH			
Tél. : 069559 95 96 Total des frais engagés : 1000 Dhs			

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / / Age : / /			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : / /			
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 : / / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-785434
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : / / /	
Nom de l'adhérent(e) : / / /	
Total des frais engagés : / / /	
Date de dépôt : / / /	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SNOUSSI Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed Ziguag Roumane Essaouira Al Jadida Tél: 05 24 79 26 95 Code: INPE	13/03/2024	6500.00 Dh

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE SNOUSSI  
 Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed  
 22 Ziquaq Roumane, Essaouira Al Jadida  
 Tél: 05 24 79 26 95

Bon de Commande n°

Bon de Livraison n°

Bon de Devis n°

Date : 13/03/2024

FACTURE N° 12201

Doit : Mohammed ASSI DDIKI

DÉSIGNATIONS	QTÉ	P.U.	MONTANT
01 VivaChek Inc Bandlettes Barre 25	01	65,00	65,00 Dh

SV

PHARMACIE SNOUSSI  
 Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed  
 22 Ziquaq Roumane, Essaouira Al Jadida  
 Tél: 05 24 79 26 95

Réglé par : E Spécies

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

soixante cinq dirham's

TOTAL H.T.	65,00 Dh
T.V.A.....%	
T.T.C.	65,00 Dh

1203103703

# VivaChek™ Ino

## Blood Glucose Test Strips

REF VGS01-012

MODEL VGS01

LOT

211789  
2023-10

### VivaChek™

VivaChek Biotech (Hangzhou) Co., Ltd.  
Level 2, Block 2, 146 East Chaofeng Rd.  
Yuhang Economic Development Zone  
Hangzhou, 311100 Zhejiang P.R. China  
www.vivacheck.com

Lotus NL B.V.  
Koningshof Julianaplein 10, 1e verd.  
2595AA, the Hague, the Netherlands.  
E-mail: peter@lotusnl.com  
Tel: +31644168999

# VivaChek™ Ino

## Blood Glucose Test Strips

For testing glucose  
in whole blood using  
the VivaChek™ Ino  
blood glucose  
meters.

For self testing  
and professional  
use.

### Contents:

- 25 test strips
- Package Insert

25  
TESTS



CE 0197

# VivaChek™ Ino

## Blood Glucose Test Strips

### Português

#### Tiras para teste de glicose

Para teste de glicose em sangue total  
utilizando o medidor de glicose no  
sangue VivaChek™ Ino.

Para auto-exame e uso profissional.

### Conteúdo:

- 25 tiras de teste
- Bula

### كرت الصمام

#### أشرتة الفحص

للمعاشرة في الدم الكامل باستخدام جهاز الفحص  
للمعاشرة في الدم

VivaChek™ Ino

للمعاشرة في الدم  
والمختبر والاستخدام المهني

المحتويات:

- 25 أشرطة الفحص
- بيان المعاشرة

# VivaChek™ Ino

## Blood Glucose Test Strips

### Français

#### Bandeslettes de glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang entier  
en utilisant les glucomètres VivaChek™ Ino.  
A usage individuel et professionnel.

### Contenu:

- 25 bandelettes
- Mode d'Emploi

### Español

#### Tiras reactivas para glucosa

Para la prueba de sangre total utilizando el  
medidor de glucosa en sangre VivaChek™ Ino.  
Para auto-examen y uso profesional.

### Contenido:

- 25 tiras reactivas
- Inserto

IVD

CE

30°C

F

25

6M

REMBOURSE  
par la  
MUTUELLE

25  
TESTS