

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 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 tous les 6 mois.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-778405

202854

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2080 Société : RAM pay
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ASSADIX MOHAMED
Date de naissance : 1950
Adresse : APO 3 IMM 72 ASSABAH ESSADORA ELJADDA
FASADORA
Tél. : 06 99 59 95 96 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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° W21-778405

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 :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SNOUSST ctteur GHAZI SNOUSST Ahmed Ziguag Roumane Essouira Al Jadida Tél: 05 24 79 26 95 Code: INPE	12/02/2024	65,00 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

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'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT 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																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 : 12/02/2024

FACTURE N° 12202

Doit : Mohamed Assiddiki

	DÉSIGNATIONS	QTÉ	P.U.	MONTANT
01	Viva Chek ince Bandellus Baie 25	0 1	65,00	65,00 dh

SV

PHARMACIE SNOUSSI
 Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed
 22 Ziguag Roumane, Essaoouira Al Jdidia
 Tél: 05 24 79 26 95

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

Réglé par :

Espèces

TOTAL H.T.	65,000/-
------------	----------

T.V.A.....%

T.I.C.	65,00 d\$
--------	-----------

Arrêtée la Prèsente Facture à la Somme de :

soisante cinq dixans

REMBOURSE
par la
MUTUELLE

1203103704

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 الضمان

الشريطة الفحص

للمس السكر في الدم الكامل باستخدام جهاز الفحص

للمس السكر في الدم VivaChek™ Ino

للمس الذاتي والاستخدام المهني

المحتويات:

25 شريطة الفحص

شهادة الضمان

VivaChek™ Ino

Blood Glucose Test Strips

Français

Bandelettes de glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang entier en utilisant le glucomètre 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

VivaChek™ Ino

Blood Glucose Test Strips

REF VGS01-012

MODEL VGS01

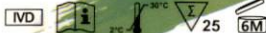
LOT 230539

2025-02

VivaChek™

VivaChek Biotech (Hangzhou) Co., Ltd.
Level 2, Block 2, 148 East Chaofeng Rd.
Yuhang Economy Development Zone,
Hangzhou, 311100 Zhejiang P.R. China
www.vivachek.com

Lotus NL B.V.
Koningin Julianaplein 10, 1e verd.
2595AA, The Hague, 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.

**25
TESTS**

Contents:

25 test strips

Package insert

CE 0197

© 2021 VivaChek Biotech (Hangzhou) Co., Ltd.

