

## 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

- 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

N°.W21-778405

202854

### Maladie

Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 202854

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSINDIX

MOHAMED

Date de naissance :

1950

Adresse :

AP03 IMM47 Lot ASSABAII ESSAOUIRA ELJADIDA

EASAOUIRA

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

Age :

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.

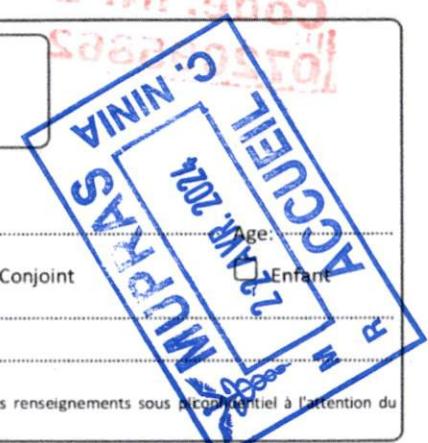
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE SNOUSSI</b> Directeur GHAZI SNOUSSI Ahmed Ziqqaq Roudiane Essaouira Al Jadida Tél: 05 24 79 26 95 <b>Code: INPE</b>	18/08/2024	65,00 dh

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a 12-rib cage with numbered vertebrae (1 through 8) on both the left and right sides. The top center is labeled 'H' and the bottom center is labeled 'B'. A horizontal double-headed arrow labeled 'D' is positioned below the cage, and a vertical double-headed arrow labeled 'G' is positioned to the right of the cage.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## PHARMACIE SNOUSSI

Docteur GNAZI 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 Bandellettes Baie 25	0 1	65,00	65,00 dt

*Réglé par :*

## Especies

*Arrêtée la Présente Facture à la Soinme de :*

Recette la Présente Facture à la Somme de :  
soisante cinq dirhams

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

# VivaChek™ Ino

## Blood Glucose Test Strips

### Português

#### Tiras para teste de glicose

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

Para auto-exame e uso profissional.

#### Conteúdo:

✓ 25 tiras de teste

✓ Bufera

كرت الضمان  
أشرطة الفحص  
لتحصص السكر في الدم الكامل باستخدام جهاز فحص السكر في الدم.  
VivaChek™ Ino  
لتحصص الناتي والاستخدام المهني.  
المحتويات:  
✓ 25 أشرطة الفحص  
✓ نشرة المعرفة

# VivaChek™ Ino

## Blood Glucose Test Strips

### Frans

#### Bandelettes de glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang entier en utilisant les 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



REMBOURSE  
par la  
MUTUELLE

1203103704

# 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, 146 East Chaoteng Rd,  
Yuhang Economy Development Zone,  
Hangzhou, Zhejiang P.R. China

[www.vivacheck.com](http://www.vivacheck.com)

Lotus NL B.V.

Koningin Julianaplein 10, 1e Verd,  
2595AA, the Hague, Netherlands.  
E-mail: [peter@lotusnl.com](mailto: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

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

