

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° W21-820420

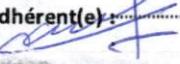
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) _____			
Matricule : 095448		Société : (178678)	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Fallas Brahim			
Date de naissance : 01/01/1949			
Adresse : 18 me chabrik Anoumane n°102 14 rue Fakir Casablanca			
Tél. : 06 68 24 58 89		Total des frais engagés : 225,00 Dhs	

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 01/01/1949			
Nom et prénom du malade : Fallas Brahim Age: 78			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : MLD			
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 : 01/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : 

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="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

BELEVE 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"/>																				
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																				
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																				
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		G		00000000	35533411	00000000	11433553	B				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H		G																						
25533412	00000000	21433552	00000000																					
D		G																						
00000000	35533411	00000000	11433553																					
B																								
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS																				
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Facture N° : 0046

Date : 25/09/2023

Client : Fullas Buhc

Adresse :

**Montant en dirhams
(hors champ de la TVA¹)**

Total net à payer

PARA THE GIRLS
225, Rue Ennchine
Hay Erjaha, Casablanca
Tél: 0522 20 63 88

ARRETE LA PRESENT FACTURE A LA SOMME DE :

Signature :

Auto entrepreneur : Hannane ABBAD - CNIE BE 658557

Adresse : ETG RC 72 rue ennesrine hy erraha (beauséjour) casablanca - Tél : 05 22 39 53 88 - Email : hanna221@hotmail.fr

ICE : 002276951000050 - IF : 51123185 - Taxe professionnelle N° : 35001202

Contour™ plus

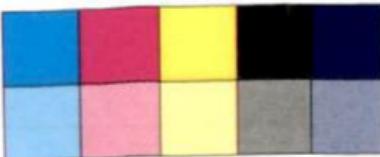
كونتور بلص / كنتور بلس



25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست



For use with / À utiliser avec
للاستخدام مع آلة قياس / جهت استخدام
مستكشفيات 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

شرانط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

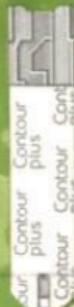
25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



90004659

Rev. 10/19

CONTROL N 108-141 mg / dL

CONTROL L 37-48 mg / dL

CONTROL H 324-421 mg / dL

LOT DP2BQHC33B

2024-02

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس



25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

للاستخدام مع آلة قياس / جهت استخدام مع
مستكشفيات تست قند خون

CONTOUR™ Plus

Meters / lecteurs

كونتور بلص / كنتور بلس

REF 84627446



For further assistance, please see contact
information on the last page of the User Guide.
Pour obtenir une assistance, voir les coordonnées
sur la dernière page du manuel d'utilisation.

لمزيد من المساعدة يرجى مراجعة بيانات الاتصال الموجونة
في الصفحة الأخيرة من دليل المستخدم.
برای راهنمایی بیشتر، لطفاً به اطلاعات نهادن در صفحه آخر
راهنمایی کاربر مراجعة کنید.

Damoun Tajhiz Teb Co.
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeed St.,
Vali-e-Asr Ave.,
Tehran, 1967865637
Iran
Phone : +98 21 26218306

ABIAGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED
7, MORONU MADUAGWU STREET, SURULERE, LAGOS,
NIGERIA
TELEPHONE: +2348033131500
Email: ahs@abiagait.com
Website: www.abiagait.com
NAFDAC REG. NO: 03-2234

ASCENSIA
Diabetes Care

90004659

Rev. 10/19

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرانط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

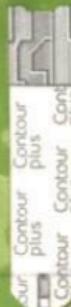
25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N 108-141 mg / dL

CONTROL L 37-48 mg / dL

CONTROL H 324-421 mg / dL

LOT DP2BQHC33B

2024-02

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس



25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

للاستخدام مع آلة قياس / جهت استخدام مع
مستكشفيات تست قند خون

CONTOUR™ Plus

Meters / lecteurs

كونتور بلص / كنتور بلس

REF 84627446



For further assistance, please see contact
information on the last page of the User Guide.
Pour obtenir une assistance, voir les coordonnées
sur la dernière page du manuel d'utilisation.

لمزيد من المساعدة يرجى مراجعة بيانات الاتصال الموجونة
في الصفحة الأخيرة من دليل المستخدم.
برای راهنمایی بیشتر، لطفاً به اطلاعات تعاس در صفحه آخر
راهنمایی کاربر مراجعة کنید.

Damoun Tajhiz Teb Co.
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeed St.,
Vali-e-Asr Ave.,
Tehran, 1967865637
Iran
Phone : +98 21 26218306

ABIAGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED
7, MORONU MADUGWU STREET, SURULERE, LAGOS,
NIGERIA
TELEPHONE: +2348033131500
Email: ahs@abiagait.com
Website: www.abiagait.com
NAFDAC REG. NO: 03-2234

ASCENSIA
Diabetes Care

90004659

Rev. 10/19

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرانط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

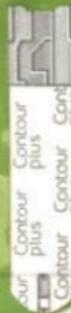
25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N 108-141 mg / dL

CONTROL L 37-48 mg / dL

CONTROL H 324-421 mg / dL

LOT DP2BQHC33B

2024-02