

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 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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2226 Société : RAM Retraite

Actif Pensionné(e) Autre : EL HAMZI M7 Ahmed

Nom & Prénom : 31-08-56

Date de naissance : 21 rue Sohag Mandaroua

Adresse : Ain chokha casa

Tél. : 0660544528 Total des frais engagés : 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Maladie chronique

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 : ACCU

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : cas

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 : cas Le : 09/01/2017

Signature de l'adhérent(e) : 09/01/2017



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 pharmacie siham N° 64 Avenue Omarya Tel 0522 52 63 03	09/01/2014	150.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

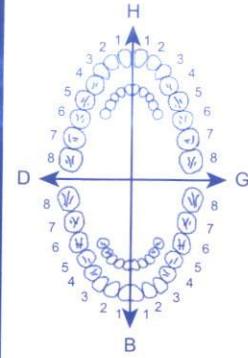
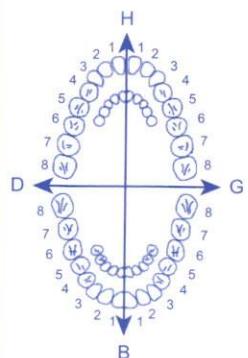
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

PHARMACIE SIHAM
DR SIHAM OUAZZANI

Tél : 0522526303

Patente N°: 34023447
N° R.C. : 280734
Compte :
CNSS : 6069638
Id.Fiscale :
ICE : 002204992000033

Le : 09/01/2024

EL HAMZI MOULAY AHMED

FACTURE : 61968 du : 09/01/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	CONTOUR PLUS / 50	150,00	150,00	0,00%
	Total TTC		150,00	
	Droits de timbre		0,38	
	Net à payer		150,38	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **CENT CINQUANTE DIRHAMS ET TRENTÉ HUIT CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	150,00	0,00	150,00
		150,00	0,00	150,00



12

7636

Contour™ plus

كونتور بلس / Contour Plus

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكور الدم

بواهی تست فد خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خودبادشی



2797

0°C - 30°C



5 016003 763601

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. All rights reserved. Contour is a trademark and/or registered trademark of Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Tous droits réservés. CONTOUR est une marque de commerce et une marque déposée d'Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG محفوظة. (كونتور) علامة تجارية وعلامة تجارية مسجلة Ascensia Diabetes Care Holdings AG

شركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG تمتلك حقوق محفوظة لـ CONTOUR (كونتور) شعار تجاري ثبت شده شركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG



Ascensia Diabetes Care Holdings AG

Peter Merian-Strasse 90
4052 Basel, Switzerland

www.diabetes.ascensia.com

صنع في اليابان

www.patents.ascensia.com

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس



50

Test Strips
Bandelettes
réactives

شريط اختبار
نوار تست

For use with / À utiliser avec
للاستخدام مع الجهاز المقابل / جهت الاستفادة با
مستكشفيان تست قند خون

Contour™ Plus

Meters / lecteurs

كونتور بلص / كنتور بلس

REF 84627454



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 الموجودة في الصفحة الأخيرة من دليل المستخدم.
برای راهنمایی بیشتر، اطلاعات تماس در صفحه آخر راهنمایی کاربر مراجعه کنید.

Damoun Tajhiz Teb Co.
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi 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

90004657

Rev. 10/19

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس

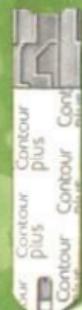
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شراب اختبار جنوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

50

Test Strips
Bandelettes
réactives

شريط اختبار
نوار تست

NO CODING
SANS CODAGE



CONTROL N 110-142 mg / dL

CONTROL L 3.8-4.9 mg / dL

CONTROL H 325-423 mg / dL

LOT DP2GQHH01C

EX 2024-07