

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.  
Une 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0038995

ND: 30713

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 682 Société : RATI

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LASKY Hamid

Date de naissance : 13-11-1943

Adresse : Rue ANASSERDoun ART 13 Wersake

HAYESSALAN (HAYHASSAN) Casablanca

Tél : 0672 014901 Total des frais engagés : 750 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : ACTHAT LIBRE

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 9820

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

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 : Casa

Le : 28/06/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-038995

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien   | Date des Soins | Nombre |     |            |     | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|-----|------------|-----|---------------------------------|
|  |                | A M    | P C | I M        | I V |                                 |
| <b>DUG MEDICAL</b><br>Résidence Abouabou Rabie<br>N° 9 Oulfa - Casablanca<br>Tél. 91.00.52 - Fax: 91.00.53 | 23/06/20       |        |     | 20000 x 25 |     | 150.00                          |
|  |                |        |     |            |     |                                 |
|  |                |        |     |            |     |                                 |
|  |                |        |     |            |     |                                 |
|  |                |        |     |            |     |                                 |
|  |                |        |     |            |     |                                 |
|  |                |        |     |            |     |                                 |
|  |                |        |     |            |     |                                 |
|  |                |        |     |            |     |                                 |

VOLET ADHERENT

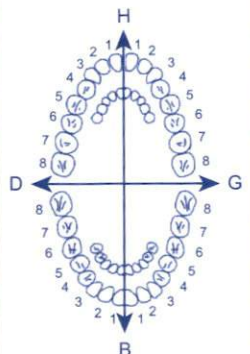
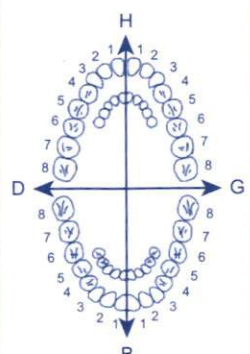
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |   |  |
|--|---|------------------|-------------|---|--|
|   |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |
|  |   |                  |             |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



# DUO MEDICAL

Equipelement Médical, Paramédical  
Orthopédie, Appareil diabète,  
Chirurgical, Parapharmacie

Facture N° : 2020179

MR LASKY HAMID

DATE

CLIENT

PAGE

23/06/2020

P004

1

CASABLANCA

| RÉFÉRENCE | DÉSIGNATION          | QUANTITÉ | Prix Uni. TTC | Montant TTC | % TVA |
|-----------|----------------------|----------|---------------|-------------|-------|
| SYP002    | CONTOUR PLUS 25 BAND | 2        | 75.00         | 150.00      | 20.00 |

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A L SOMME DE :

cent cinquante dirhams

**DUO MEDICAL**  
Résidence Abouab Oum Errabii  
Magasin N° 9 - Hay El Oulfa - Casablanca  
Tél.: 0522 91 08 52/30 40 34 - Fax : 0522 91 08 53  
GSM : 06 61 43 71 99

TOTAUX

NET A PAYER

H.T. : 125.00

T.V.A. : 25.00

150.00



Résidence Abouab Oum Errabii Magasin N°9  
Hay El Oulfa - R.C. Casa N° 78177 - T.V.A N° 732935  
Taxe professionnelle N° 35004577 - I.F. N° 02221469  
C.N.S.S. N° 2570697 - I.C.E. N° 001657783000024  
Compte N°0109400001200143 (agence BMCI Casa Hay Hassani)

Tél.: +212 522 90 40 34  
+212 522 91 08 52  
Fax : +212 522 91 08 53  
Lhaj-hamid@hotmail.fr





© 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.

جميع الحقوق © 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG محفوظة. Contour (كوتور) علامة تجارية وعلامة تجارية مسجلة لشركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

شركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG تملك جميع الحقوق محفوظة. Contour (كوتور) علامة تجارية وعلامة تجارية مسجلة لشركة 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



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 لطفاً به اطلاعات تماس در صفحه آخر راهنمای کاربر مراجعه کنید.

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

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

**ASCENSIA**  
Diabetes Care

90001242  
Rev. 02/18

**Contour™  
plus**

كوتور پلس / كوتور پلاس

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives  
شريط اختبار  
نوار تست

Use with / A utiliser avec:  
الاستخدام مع أجهزة قياس / يجب استخدامه مع  
Contour™ Plus  
Meters / Lecteurs  
كوتور پلس / كوتور پلاس

REF 84627446

**Contour™  
plus**

كوتور پلس / كوتور پلاس

Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie  
شريط اختبار الجلوكوز الدم  
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives  
شريط اختبار  
نوار تست

**NO  
CODING**  
SANS CODAGE



|           |            |       |
|-----------|------------|-------|
| CONTROL N | 110-142    | mg/dL |
| CONTROL L | 37-48      | mg/dL |
| CONTROL H | 325-422    | mg/dL |
| LOT       | DP8LQHC32A |       |
| EXP       | 2018-11    |       |
| EXP       | 2020-11    |       |

15

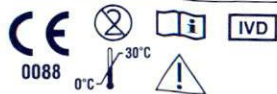
7635

**Contour™plus**

كوتور پلس / كوتور پلاس

Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie  
شريط اختبار جلوكوز الدم  
نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'auto-surveillance  
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



5 016003 763502



© 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.

جميع الحقوق © 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG محفوظة. Contour (كوتور) علامة تجارية وعلامة تجارية مسجلة لشركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

شركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG تملك جميع الحقوق محفوظة. Contour (كوتور) علامة تجارية وعلامة تجارية مسجلة لشركة 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



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 لطفاً به اطلاعات تماس در صفحه آخر راهنمای 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

90001242  
Rev. 02/18

**Contour™  
plus**

كوتور پلس / كوتور پلاس

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives  
شريط اختبار  
نوار تست

Use with / A utiliser avec:  
الاستخدام مع أجهزة قياس / يجب استخدامه با

Contour™ Plus  
Meters / Lecteurs  
كوتور پلس / كوتور پلاس

REF 84627446

**Contour™  
plus**

كوتور پلس / كوتور پلاس

Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie  
شريط اختبار جلوكوز الدم  
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives  
شريط اختبار  
نوار تست

**NO  
CODING**  
SANS CODAGE



15

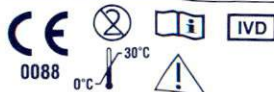
7635

**Contour™plus**

كوتور پلس / كوتور پلاس

Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie  
شريط اختبار جلوكوز الدم  
نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'auto-surveillance  
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



0088 0°C 30°C



5 016003 763502

CONTROL N 110-142 mg/dL  
CONTROL L 37-48 mg/dL  
CONTROL H 325-422 mg/dL

LOT DP8LQHC32A

2018-11

2020-11