

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

- 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-596872

52337

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2548 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Faller Bouch
 Date de naissance : 01/10/1949
 Adresse : 18 Rue Cheikh Mohammed Hay Raba
 Tél. : 0668245007 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Faller Bouch
 Nom et prénom du malade : Faller Bouch Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD
 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 : 16/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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										
				DNP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										

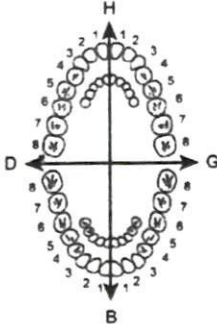
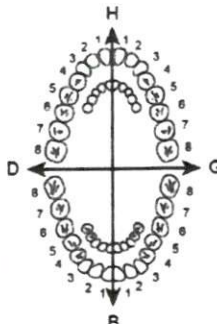
[illegible][illegible][illegible]

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° :

FN201961

FALLAH BRAHIM

ESPECE

Date	CLIENT	PAGE
16/12/20	34210475	1

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Modé de règlement
ESPECE	20AOUT	NOS SOINS	.

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U HT	R%	MT HT
84627446	2	BANDELETTE CONTOUR PLUS 25 TEST	20%	62,500		125,00
<p>ORLIMEDIS NEGOCE SARL Agence 20 Aout N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun rue de la Plage - Casablanca Tél : 05 22 20 39 39 / 05 22 20 65</p>						

MT HT	TVA	MT TVA
125,00	20%	25,00

H.T	Mt TVA	Total TTC
125,00	25,00	150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Cent cinquante Dhs DHs



© 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. جميع الحقوق محفوظة. CONTOUR (كونتور) علامة تجارية مسجلة Ascensia Diabetes Care Holdings AG لشركة

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. تمامی حقوق محفوظ است. CONTOUR (کنتور) نشان تجاری ثبت شده شرکت Ascensia Diabetes Care Holdings است

Ascensia Diabetes Care Holdings AG
Peter Merian-Strasse 90
4052 Basel, Switzerland

www.diabetes.ascensia.com

صنع في ألمانيا

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.

لزيادة 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 Tab Co.
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,
Vall-e-Ash 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

90001241

Rev. 02/18

**Contour™
plus**
کونتور پلاس / کنتور پلاس

50

Test Strips
Bandelettes
réactives
شریط اختبار
نوار تست

For use with / À utiliser avec:
للاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با
دستگاههای تست قند خون
CONTOUR™ PLUS
Meters / Lecteurs
فونكتور پلاس / كونسور پلاس

REF 84627454

**Contour™
plus**
کونتور پلاس / کنتور پلاس

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

50

Test Strips
Bandelettes
réactives
شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**
SANS CODAGE



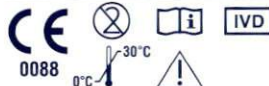
9

7636

Contour™ plus
کونتور پلاس / کنتور پلاس

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

For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خودیابستی



5 016003 763601

CONTROL N	109-142	mg/dL
CONTROL L	3-48	mg/dL
CONTROL H	320-496	mg/dL

LOT DP9FQHC018

2019-06

2021-06



© 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. جميع الحقوق محفوظة. CONTOUR (كونتور) علامة تجارية مسجلة Ascensia Diabetes Care Holdings AG لشركة

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. تمامی حقوق محفوظ است. CONTOUR (کنتور) نشان تجاری ثبت شده شرکت Ascensia Diabetes Care Holdings است

Ascensia Diabetes Care Holdings AG
Peter Merian-Strasse 90
4052 Basel, Switzerland

www.diabetes.ascensia.com

صنع في ألمانيا

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.

لزيادة 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 Tab Co.
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,
Vall-e-Ash 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

90001241

Rev. 02/18

**Contour™
plus**
کونتور پلاس / کنتور پلاس



50

Test Strips
Bandelettes
réactives
شریط اختبار
نوار تست

For use with / À utiliser avec:
کانتور پلاس مع نوار 5 کنتور / جهت استفاده با
دستگاههای تست قند خون

CONTOUR™ PLUS

Meters / Lecteurs
فونتور پلاس / کنتور پلاس

REF 84627454

**Contour™
plus**

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

50

Test Strips
Bandelettes
réactives
شریط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**
SANS CODAGE



9

7636

Contour™ plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خودیابستی

CE
0088

30°C



IVD



5 016003 763601

CONTROL N 109-142 mg/dL

CONTROL L 3-48 mg/dL

CONTROL H 320-496 mg/dL

LOT DP9FQHC018

2019-06

2021-06