

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.

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.

Pathologie 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° M20- 0001082

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MAZIANE KHANIT Société : 6624 63567

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAZIANE KHANIT

Date de naissance : 10/03/1960

Adresse : Rue de Rome ST U- N° 11 2 Mars

Quartier des hôpitaux

Tél. : 06 61 99 33 61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MAZIANE KHANIT Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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 : Casa


Le : 17/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :


(Signature)

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
	G	1	amb	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/12/21	228.8 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

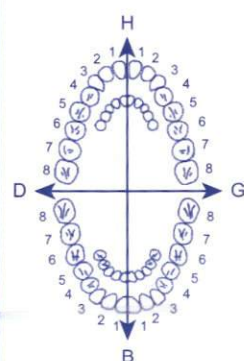
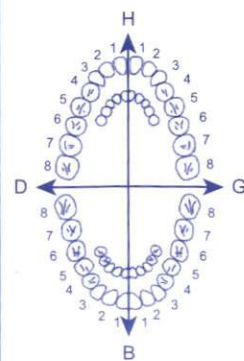
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

UN Ahmed

ES DE L'APPAREIL DIGESTIF

OIE, INTESTIN

roides, Fistules, Fissures

re digestive

ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE

ACULTE DE MEDECINE DE

LANCA

الدكتور أسمون أحمد

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

جراحة المخرج والبواسر

داخلي سابقا بقسم أمراض السكر والغدد

مدرس سابقا بكلية الطب

بالدار البيضاء

20,80

20,80

الدار البيضاء في : 03/03/2021

20,80

90,00

Banchella

100,00

Appel à l'hygiène

20,80

Gummiere

LOT 190102
EXP 01/2024
PPV 20.80DH

Dr. ASMOUN
Specialiste des Maladies
Digestives, Assistant
d'Endocrinologie et
Flac de La Vie
Khouribga 2ème Etage
Casablanca

20,80

8, Bd Khouribga N° 10 - 2ème Etage Tél : 05 22 31 58 41 / 50

ICE : 002215254000088

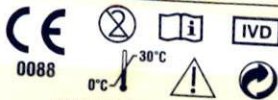
20,80

ContourTMplus

کونطور 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 خود پایشی



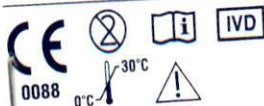
5 016003 763502

ContourTMplus

کونطور 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 خود پایشی



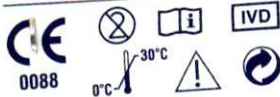
5 016003 763502

ContourTMplus

کونطور پلاس / کنتور پلاس

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

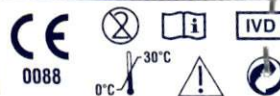
For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



016003 763502

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 خود پایشی



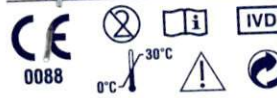
5 016003 763502

ContourTMplus

کونطور 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 خود پایشی



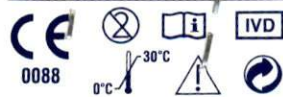
5 016003 763502

ContourTMplus

کونطور 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 خود پایشی



5 016003 763502

ContourTMplus

کونطور 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 خود پایشی



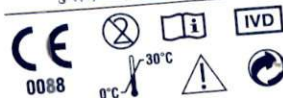
5 016003 763502

ContourTMplus

کونطور 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 خود پایشی



5 016003 763502

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

ContourTM plus

كونتور بلس
كنتور پلاس

For self-testing, monitoring and management of blood glucose.
Kit contains: • CONTOURTMPLUS Blood Glucose Meter • 5 CONTOURTMPLUS Blood Glucose Test Strips • Lancing Device with AST cap • 5 Coloured Lancets • User Guide • Quick Reference Guide • Carrying Case • Warranty Card
Ascensia Diabetes Care does not warrant use of the CONTOURTMPLUS blood glucose meter with any test strip other than the CONTOURTMPLUS blood glucose test strips. For complete warranty information, refer to User Guide.

Pour l'autosurveillance, le contrôle et la gestion de la glycémie.
Le kit contient : • Lecteur de glycémie CONTOURTMPLUS • 5 bandelettes réactives de glycémie CONTOURTMPLUS • Autopiqueur avec embase TSA • 5 lancettes colorées • Manuel d'utilisation • Manuel d'utilisation simplifié • Housse de transport • Carte de garantie
Ascensia Diabetes Care ne garantit pas l'utilisation du lecteur de glycémie CONTOURTMPLUS avec des bandelettes réactives autres que les bandelettes réactives de glycémie CONTOURTMPLUS. Consultez le manuel d'utilisation pour des informations complètes sur la garantie.

للاختبار الذاتي ومراقبة وإدارة جلوكوز الدم.
تحتوي الرزمة على: • جهاز قياس جلوكوز الدم CONTOURTMPLUS (كونتور بلس) • 5 أشرطة اختبار جلوكوز الدم CONTOURTMPLUS (كونتور بلس) • جهاز وخز مع غطاء اختبار موقع بديل • 5 إبر وخز ملونة • دليل المستخدم • الدليل المرجعي السريع • حقيبة حمل • بطاقة الضمان
لا تضمن Ascensia Diabetes Care استخدام جهاز قياس جلوكوز الدم CONTOURTMPLUS (كونتور بلس) مع أية أشرطة اختبار غير أشرطة اختبار جلوكوز الدم CONTOURTMPLUS (كونتور بلس). للاطلاع على معلومات الضمان الكاملة، راجع دليل المستخدم.



REF

84708187

7607

85300326

mg/dL Rev. 05/16

LOT

DP03M110P



2019-11

7607-4900862

PHARMACIE AL KHALIL

EL HASKI Mohamed

506, Bd. El Khalil Hay My Abdellah

Aïn Chock - Casablanca

Tél.: 05 22 52 87 67

Taxe Professionnelle : 34021981- R.C. : 204496



صيدلية الخليل

الحسكي محمد

506. شارع الخليل حي مولاي عبد الله

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 52 87 67

ض.م. : 34021981 - س.ت. : 204496

FACTURE N° 2699

Casablanca, le

Client

HAZIANE Khodja

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
08	Bandelettes Contour plus	9000	7200hs
Total			7200hs

☐ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	<u>Dr. ASMOUN Ahmed</u>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<u>MARZANE Khajja</u>
Présente	<u>un diabète hyper</u>
Nécessitant un traitement d'une durée de :	<u>Traité avec</u>
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Dr. ASMOUN Ahmed
Spécialiste en Médecine Interne
Diagnostique et Traitement
d'Endocrinologie et Diabète
Place de La Victoire - 6ème Etage
Khouribga - Derb Omar
Casablanca Tél: 022 31.58.30