

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Matricule : 7103 Société :

Nom & Prénom : ZEROUA BENLAZIZ

Date de naissance : 01/1/1960

Adresse : ELWAFIA AL 281 DEMOUR

Tél. : 06.14.3564.1 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : ZEROUA Elouane Age: 18ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

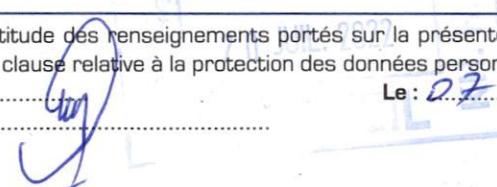
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Benhass

Le : 07/07/2017

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL OUMDOUNI 24, TOISSEREN ET EL WAFA DEBONA 15/12/22 53.20.54	22/12/22	53.20.54

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Personal Other

PHARAOH - 244 Iatissement el wafaa
Deroula

Le 6-7-2

Facture N°

73

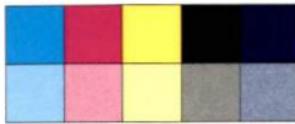
LOT D457343F.3
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D457343F.1
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
TOUJEO 300 UI, sol inj
solo b3 st
P.P.V : 579,00 DH



6 118001 082223



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

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. شركت Ascensia Diabetes Care Holdings AG محتفظة بحقها التجارية لـ Contour. Contour تجاري لـ Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

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.

مزيد من المساعدة يرجى مراجعة بيانات الاتصال الموجونة في الصفحة الأخيرة من دليل المستخدم.
برأي راهمناي پيشتر لطفاً به اطلاعات تعامل در صفحه آخر راهنمای کاربر مراجعة لطفاً.

Damou Tajzit Tab 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 MADUGAWU STREET, SURULERE, LAGOS,
NIGERIA
TELEPHONE: +23480331500
Email: ahs@abiagait.com
Website: www.abiagait.com
NAFDAC REG. NO: 03-2234

 ASCENSIA
Diabetes Care

90004659

Rev. 10/19

REF 84627446

للاستخدام مع جهازه باص متوافق مع معايير
ستوكيماتي لست فند خون
CONTOUR® PLUS
Meters / lecteurs
كونتور باص / كونتور بلس

15

7635

**Contour™
plus**

كونتور باص / كونتور بلس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
Shravatx Glikozur mili
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips

Bandelettes
réactives

شريط اختبار

نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



Contour plus

كونتور باص / كونتور بلس

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

For self-testing • Pour l'autosurveillance
للختبار الذاتي • جهت حود باشی



2797



30°C
0°C




5 016003 763502

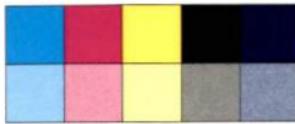
CONTROL | N 109-141 mg / dL

CONTROL | L 36-46 mg / dL

CONTROL | H 317-412 mg / dL

LOT DP1HQHC33H

2023-08



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

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. شركت Ascensia Diabetes Care Holdings AG محتفظة بحقها التجارية لـ Contour. Contour تجاري لـ Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

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.

مزيد من المساعدة يرجى مراجعة بيانات الاتصال الموجونة في الصفحة الأخيرة من دليل المستخدم.
برأي راهمناي پيشرن لاما به اطلاعات تمام در صفحه آخر راهمناي کاري، مراجعة ليند.

Damou Tajzit Tab 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 MADUGAWU STREET, SURULERE, LAGOS,
NIGERIA
TELEPHONE: +23480331500
Email: ahs@abiagait.com
Website: www.abiagait.com
NAFDAC REG. NO: 03-2234

 ASCENSIA
Diabetes Care

90004659

Rev. 10/19

REF 84627446

للاستخدام مع جهازه باص متوافق مع معايير
ستوكهولم لبيانات نتائج خون
CONTOUR® PLUS
Meters / lecteurs
كونتور باص / كونتور بلس

15

7635

**Contour™
plus**

كونتور باص / كونتور بلس

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

25

Test Strips

Bandelettes
réactives

شريط اختبار

نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



Contour® plus

كونتور باص / كونتور بلس

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

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



2797



30°C
0°C




5 016003 763502

CONTROL | N 109-141 mg / dL

CONTROL | L 36-46 mg / dL

CONTROL | H 317-412 mg / dL

LOT DP1HQHC33H

2023-08