

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 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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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.

N° W21-728877

129760

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 22226

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HAMZI MY Ahmed

31-08-56

Date de naissance :

21 RUE SOUK Dandaroua

Adresse :

Tél. : 0660548528

Total des frais engagés : 1322,40 Dhs

Autorisation CNDF N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MALADIE

LONG DUREE

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : 22/08/2018

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE DU CARREFOUR Dr. S. BENAIKH SANAA Bd Ibnou Yashchir Casablanca TÉL: 05 22 61 83 65	Date 30/08/22	Montant de la Facture D.R. S. BENAIKH SANAA PHARMACIE DU CARREFOUR 1322,00
---	------------------	---

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
[REDACTED]	D	00000000	B	00000000
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PH DU CARREFOUR
MME SEKKAT SANAA
271 BD IBN TACHFINE
CASABLANCA 20320

El hamzi mly ahmed

Taxe Profes. N°: 31400021

N° R.C. : 230912

N° ID.F. : 46300005

N° ICE 001673617000082

N° CNSS: 2174811

Tel : 0522618365

Fax : 0522618365

Le : 30/08/2022

FACTURE N°: 4000/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
2	CARDIO ASPIRINE	27.70	55.40
1	DIMAZOL 10 B50	48.00	48.00
2	DIOVENOR 600MG COMPS.30	133.60	267.20
2	CRESTOR 20 B28	261.00	522.00
2	CAPLOR 75MG B30	171.40	342.80
1	NEBILET 5MG COMPS.28	87.50	87.50

TVA 7%: 26.34 Total : 1 322,90

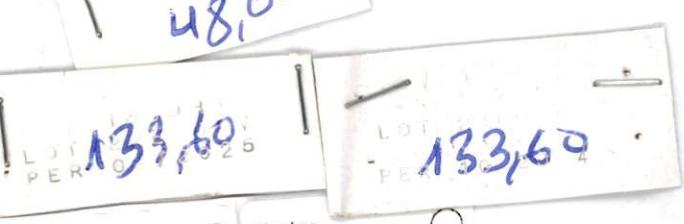
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE TROIS CENT VINGT DEUX DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

PHARMACIE DU CARREFOUR
Dr. S.BENJACH SANAA
271, Bd Ibn Tachfine, Casablanca
Tél: 05 22 61 83 65



48,00



133,60

133,60



LOT: 22011 PER: 01/2024
PPV: 171,40 DH

LOT: 22010 PER: 01/2024
PPV: 171,40 DH

Contour™ plus

كونتور بلس / كنكور بلاس

25

Test Strips
Bandelettes réactives

شرط اختبار
شريط اختبار
نوار تست

REF 84627446

For use with / À utiliser avec
لاستخدام مع جهاز قياس / چهت مسافتدا با
ستگاهی نیست نقد خون
CONTOUR™
Plus
Meters / Lecteurs
كونتور بلس / كنكور بلاس

Contour™ plus

كونتور بلس / كنكور بلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرط اختبار طلوکر الدم
بواهی نیست نقد خون

25

Test Strips
Bandelettes réactives

شرط اختبار
شريط اختبار
نوار تست

NO CODING
SANS CODAGE

Contour plus
Contour plus
Contour plus
Contour plus

12

7635

Contour plus

كونتور بلس / كنكور بلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرط اختبار طلوکر الدم
بواهی نیست نقد خون
For self-testing • Pour l'autosurveiller
للاختبار الذاتي • چهت خود پايشن



2797



CONTROL N 109-142 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 319-415 mg/dL

LOT D17CQHH31C

2025-03

© 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 وعلامة تجارية مسجلة Ascensia Diabetes Care Holdings AG

شركة CONTOUR نبذة عن الشركة © 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG
شركة CONTOUR نبذة عن الشركة © 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG
Ascensia Diabetes Care Holdings AG
Peter Merian-Strasse 90
4052 Basel, Switzerland
www.diabetes.ascensia.com
صانع في الولايات
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 مراعاة بيانات الاتصال الموجوبة
في الصفحة الأخيرة من دليل المستخدم.
رأي راغدكم ببياناته، لطفاً به للإطلاع على ملخص دراسة آخر
راغدكم كارل ماركس كلين.

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

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

ASCENSIA
Diabetes Care

90004659

Rev. 10/19

