

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 073569

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1790 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMILON BENDAOU D

Date de naissance : 18/11/52

Adresse : LOT ELWAFI H30 DEROUA

Tél. : 06 63 23 93 94 Total des frais engagés : 2431,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Qods, Rés. Les Palmiers, Appt 121  
Ain Chock, Casablanca - Tél : 0522 870 890

Date de consultation : 02/11/22

Nom et prénom du malade : M. HAMILON ZAKIA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : diabète a Goutte OPÉRE

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 : DEROUA Le : 15/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
07/11/22	C		300,00	Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Bd Al Ouds, Rés les Rosiers, Appt 121 An Chock, Casablanca - Tél: 0522 870 890

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

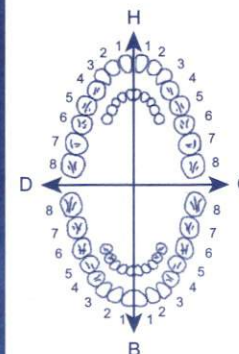
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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

H		H
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

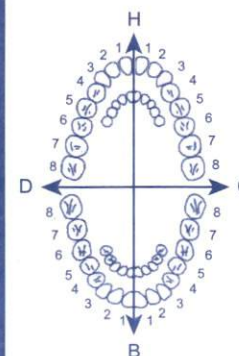
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition

إختصاصية في أمراض الغدد  
و السكري و التغذية

Sur Rendez-Vous

بالموعد

Casablanca, le

07/11/22

الدار البيضاء في

Mme

HAMILOU ZAKIA

ALTEC 5

1 comprimé

le matin

MODIA 2

1 comprimé

le matin

JANUMET 50/850

1 comprimé

midi et soir

LEVOTHYROX 100

1 comprimé

le matin

LEVOTHYROX 25

1/2 comprimé

le matin

TRAITEMENT DE 3 MOIS

BANDLETTE A GLYCEMIE CONTOUR PLUS - 1 BOITE

Docteur BENLALLA EL GHORFI Fatima  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Ouds, Rés les Rosiers, Appt 121  
Ain Choc, Casablanca - Tél : 0522 870 890

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH



INPE:062095070  
Fix : 09.22.53.20.54

Fix : 09.22.53.20.54

244 Holissement el wafaa

PHARMACIE EL OMNOUMA

Le 7/11/2022

Facture N° 67

M: Monirul Zokier

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
1	cont en Plus		
		T = 75.-	

Contour<sup>TM</sup>  
plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

For use with / À utiliser avec  
l'appareil de mesure de glycémie  
Contour<sup>TM</sup> Plus  
Meters / Lecteurs  
de glycémie / Appareils

REF 84627446

Contour<sup>TM</sup>  
plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie

شریط اختبار جلاوكوز الدم  
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

NO  
CODING  
SANS CODAGE



CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP1LQHC31B

2023-11

17

7635

Contour<sup>TM</sup>  
plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie

شریط اختبار جلاوكوز الدم  
نوارهای تست قند خون

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

CE  
2797

0°C - 30°C

!

IVD



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.

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

شركت Ascensia Diabetes Care Holdings AG © 2016 تمامی حقوق محفوظ است. Contour (کونتور) 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 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.

للمزيد 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, Seyed Reza Saeedi St.,  
Vall-e-Asr Ave.,  
Tehran, 1967865637  
Iran  
Phone: +98 21 26218306

ABIAGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED  
7, MORONJU MADUAGWU 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