

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 Meils utiles

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

RECEPTION
MUPRAS

A34810

Optique

Autres

Dentaire

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1790 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAMILOU BENDAoud

Date de naissance : 18.11.52.

Adresse : LOT ELWAFA H30 DEROUA

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

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin : Date de consultation : 07.11.22

Nom et prénom du malade : Mme. HAMILOU ZAKIA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : diabète Gorite DRÉPÉ

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

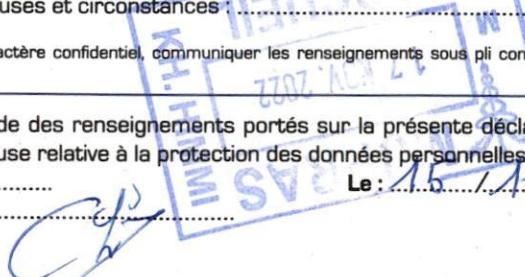
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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
07/11/22	C		300 D.H.	<p>Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121 An Chock, Casablanca - Tél: 0522 870 890</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DACTYLÉE ET OUAMOUA</i> DÉPARTEMENT DE LA SANTE	11/11/22	2131117

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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 canalaires, 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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
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
والسكري والتغذية

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le 07/11/22

بالموعد

الدار البيضاء في

Mme HAMILLOU ZAKIA

ALTEC 5

1 comprimé

le matin

46,10

KODIA 2

1 comprimé

le matin

JANUMET 50/850

1 comprimé

midi et soir

LEVOHYROX 100

1 comprimé

le matin

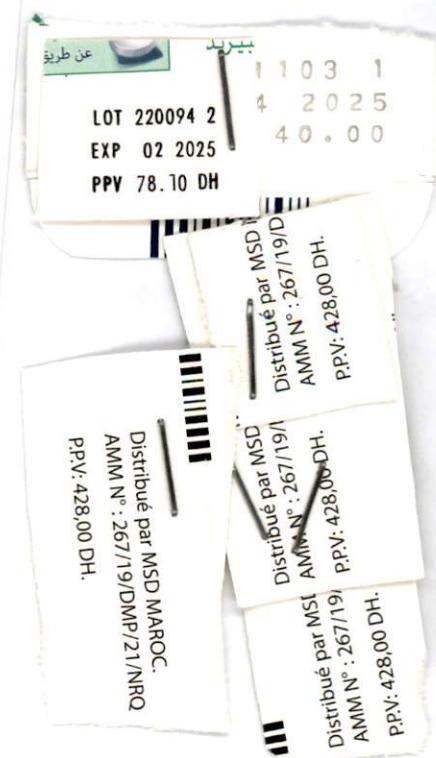
LEVOHYROX 25

1/2 comprimé

le matin

TRAITEMENT DE 3 MOIS

BANDLETTE A GLYCEMIE CONTOUR PLUS 1 BOITE



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

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

7862160342

7862160335

شارع القدس إقامة ليعوزي، السفقة رقم 121. الإقارة

Boulevard Qasr Al Hosn, Appt. 121 - Ain Choc - Casablanca.

PHARMACEUTICALS OF JAPAN
244 HOSSENGAWARA MURASAKI
Denka Fix : 09.22.33.20.54
070-6029-0841

Le 7.11.202

Facture N° 67

M: Monilon Tokion

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس



25

Test Strips
Bandelettes réactives
شريط اختبار
نوار تست

For use with / À utiliser avec
للاستخدام مع آلة قياس / جهاز لقياس
مُستكاثرٌ لـ نَسْتَهْ مِنْ
Contour™ Plus
Meters / Lecteurs
كونتور بلص / كنتور بلس

REF 84627446

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شريط اختبار جلوكوز الدم
نوارٌ لـ نَسْتَهْ فِنْدُ خُون

25

Test Strips
Bandelettes réactives

شريط اختبار

نوار تست



SANS CODAGE



Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شريط اختبار جلوكوز الدم
نوارٌ لـ نَسْتَهْ فِنْدُ خُون
For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • حيثٌ هوٌ يأشني



2797

0°C
30°C



CONTROL | N 109-141 mg / dL

CONTROL | L 36-47 mg / dL

CONTROL | H 319-414 mg / dL

LOT DP1LQHC31B

2023-11

17

7635

© 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
مُحَفَّظَةٌ: Contour (كونتور) علامة تجارية وعلامة تجارية مسجلة
Ascensia Diabetes Care Holdings AG
الشركة AG

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG
مُحَفَّظَةٌ: Contour (كونتور) علامة تجارية نَسْتَهْ شَركَةٍ
Ascensia Diabetes Care Holdings AG

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

www.diabetes.ascensia.com

صنع في الصين

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 مراجعة بيانات الاتصال الموجوبة
في الصفحة الأخيرة من دليل المستخدم.
أو راجع أي بيتار، بينما، هنا به الملايين تماشٍ في صفحة آخر
والمعلومات كل يوم مراجعة ببيان.

Damoun Tahiz Teb Co.
#14, 5th floor, No. 33, Syed Reza Saeedi St.,
Vall-e-Ast Ave.
Tehran, 1967865637
Iran
Phone : +98 26 21281306

ABIGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED
7, MORONU MADUAGWU STREET, SURULERE, LAGOS,
NIGERIA
TELEPHONE: +2348033131500
Email: ans@abigait.com
Website: www.abigait.com
NAFDAC REG. NO. 03-2234

ASCENSIA
Diabetes Care

90004659

Rev. 10/19

