

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0029749

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2103

Société : A 59940

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEROUAL Abdellatif

Date de naissance :

Adresse : lot n° 0000 H 281 Démouza

Tél. : 2614356 41

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZEROUAL Abdellatif Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Démouza

Le : 05/15/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

| 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 |
|--|--------|-----------------------|
| <i>D'Orsay</i> | 5/5/23 | 765.07 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

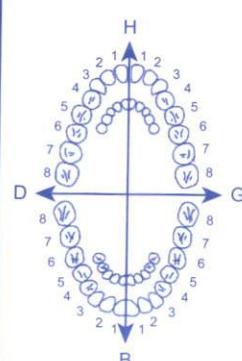
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

| 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE BON ETAT

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

IVI..... End of
oth one

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Béjaia
Fix : 06 22 53.20.54

Le.....51.51.23.

Facture N° 75

| Quantité | Désignation | Prix | Montant |
|----------------|---|---------------------------------|---------|
| | Toujue 15 lne plaq 50 con ten plaq | 579.0 114.0 114.0 65.0 | 765.0 |
| | HABIBA ELOUMOUMA 244 lussement el wafaa | | |
| | Fix : 05 22 53 20 54 | | |
| | Sannfi avenir Maroc Route de Rabat-R.P.I. Ain sebaâ Casablanca TOUEO 300 UI, sol Inj | | |
| LOT D457103E.4 | | | |





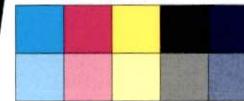
© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. All rights reserved. Contour is a trademark and/or registered trademark of Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 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
شركة AG
Ascensia Diabetes Care Holdings AG

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG © عامي حقوق
محمودت ایست (كونتور) شعبانی خاری بست شد شرکت
Ascensia Diabetes Care Holdings AG

Ascensia Diabetes Care Holdings AG
Peter Merian-Strasse 90
4052 Basel, Switzerland
www.diabetes.ascensia.com
صنع فيitzerland
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 قليل المستخدم.
برای راهنمایی پیشتر، اطلاعات نامی به صفحه آخر
راهنمایی کا بر مرآت کنید.

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

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



90004659

Rev. 10/19



REF 84627446



CONTROL | N 109-141 mg/dL
CONTROL | L 37-47 mg/dL
CONTROL | H 319-414 mg/dL
LOT DP2DQHC34B
2024-04

1

7635



For self-testing • Pour l'autosurveillerance
للحظات الذاتية • جهت جود پابليسي

