

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 103 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : A 59941

Nom & Prénom : ZEROUAL ABDELAZIZ

Date de naissance :

Adresse : lot wqaz 11991 dehouc

Tél. : 066 14356 41 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZEROUAL Othmane Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

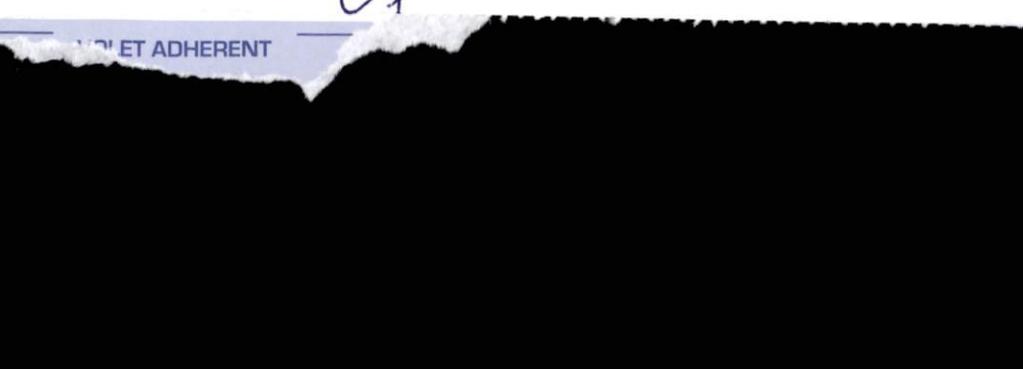
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Demande Le : 01/04/2013

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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 244 10th Street N.W. Ottawa, Ontario K1N 5L7 Fix. 717-2257	1-6-25	705.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS D'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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M. Zerail

Othmane

IMPE 062095070

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa

Dereba

Fix : 05.22.53.20.54

Le 14.2.23

Facture N° 73

Quantité	Désignation	Prix	Montant
2	contour plus	75,00	150,00
5	humolog 50 kmikran	110,00	550,00
T : 705,00			

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Dereba
Fix : 05.22.53.20.54

LOT D455069N.8

UT AV 07 2024

PPV 111.00 DH

LOT D455069N.8

UT AV 07 2024

PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.2

UT AV 07 2024

PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.2

UT AV 07 2024

PPV 111.00 DH

LOT D455069N.8

UT AV 07 2024

PPV 111.00 DH

Contour™ plus

کنترور بلنس / کنترور بلس



25

Test Strips
Bandelettes réactives
شریط اختبار
تواتر تست

REF 84627446

Contour™ plus

کنترور بلنس / کنترور بلس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شریط اختبار جلوكوز الدم

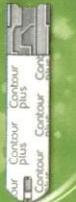
نووارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes réactives
شریط اختبار
تواتر تست

NO CODING

SANS CODAGE



For use with / à utiliser avec
للاستخدام مع آلة 测量 血糖 - جلوكوز
ل'utiliser avec l'appareil 测量 血糖 - جلوكوز
CONTOUR® PLUS
Measures / lectures
مترالجور بلنس / المترالجور بلس

19

7635

Contour™ plus

کنترور بلنس / کنترور بلس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شریط اختبار جلوكوز الدم

بواهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • بهبود باشی



2797



CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP2DQHC34B

2024-04

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

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. شركه اسنسيا دايتريز كارهولدنجز اجي. حقوق محفوظة. CONTOUR (كونترور) شعار تجاري تست شركه اسنسيا دايتريز كارهولدنجز اجي. حقوق محفوظة 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.
في الصيحة الأخيرة من تطبيق المستخدم.
Pour obtenir une assistance, voir les coordonnées sur la dernière page du manuel d'utilisation.

لهذه من المساعدة برجي مراعية بذلك الاصناف.
في الصيحة الأخيرة من تطبيق المستخدم.
براي راسماهای پيشتر، لطفاً به اطلاعات تمام در صفحه آخر
راهنمايي كاريير مرآجه نگيريد.

Damoun Tajhiz Teb 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 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

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس



25

Test Strips
Bandelettes réactives
شریط اختبار
تواتر تست

REF 84627446

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شریط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست خون

25

Test Strips
Bandelettes réactives
شریط اختبار
تواتر تست

NO CODING

SANS CODAGE



For use with / Utiliser avec
للاستخدام مع آلة 测定 血糖 - جلوكوز
ل'utiliser avec l'appareil 测定 血糖 - جلوكوز
CONTOUR® PLUS
Measures / lectures
كونتور بلص / كنتور بلس

19

7635

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

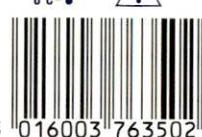
شریط اختبار جلوكوز الدم

بواهای تست خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • بهب خود باشني



2797



CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP2DQHC34B

2024-04

© 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

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. شركه اسنسيا دايريز حفظ حقوق شركه اسنسيا دايريز تست شده شركه اسنسيا دايريز 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.
في الصيحة الأخيرة من تطبيق المستخدم.
Pour obtenir une assistance, voir les coordonnées sur la dernière page du manuel d'utilisation.

رمز من المساعدة في جميع مرافق بذلت الاصلاح الموجزة
في الصيحة الأخيرة من تطبيق المستخدم.
برأي راهنمای پیشتر، ملخص اعمال اعارات تمام در صفحه آخر
راهنمای کاپر مراجعة نماید.

Damoun Tajhiz Teb 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 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