

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

- 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.

M22- 0059178

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1013

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HOURI ZAHRA

Date de naissance : 01/01/1959

Adresse : 16 Lottissement Laâlaj 3^{ème} Etage, Bourgogne

Casablanca.

Tél. : 0673073100

Total des frais engagés :

100,00 Dhs

05 22 40 21 77 / 05 22 26 19 18

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

Conjoint

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

Enfant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 21 OCT 2023

Accident

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.

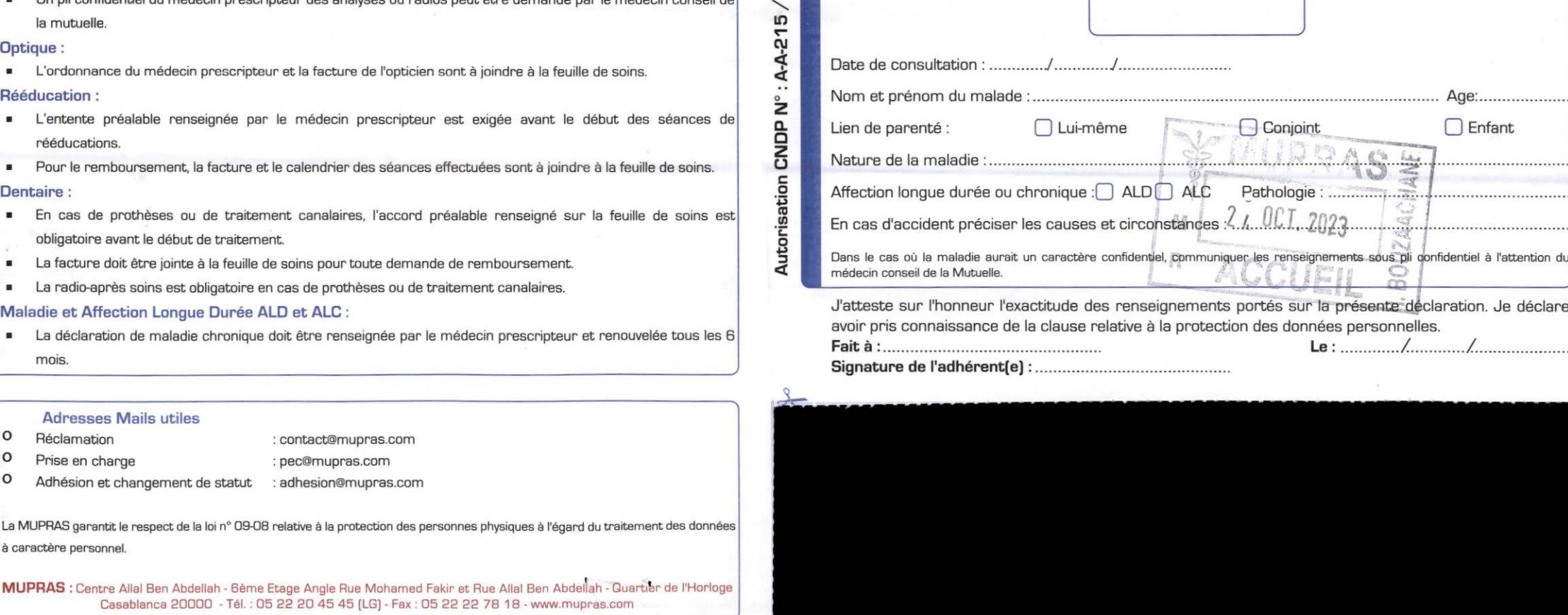
Maladie

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 : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie de Bourg-en-Bresse</i> 17/10/23	17/10/23	122,10
<i>192010982</i>	17/10/23	189,00

092010982

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	

BELEVE 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'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE ARGANE

199 bd de bordeaux-bourgogne

Pharmacie
Argane

R.C : 348506

Patente: 35405388

T.V.A :

C.N.S.S:2362995

Banque:BCM 178S000101

Tél :022492171/72

Le 17/10/2023

FACTURE N°1523641

N° ICE : 000573987000041

N° IF : 40105446

HOURI ZAHRA

1

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
6	IPRADIA LP 500 MG BT 30 CPS	12,90	0,00	12,90	77,40		77,40		
1	DIAMICRON 60 MG BT 30 CP	44,70	0,00	44,70	44,70		44,70		



BRUT TTC 122,10 - Remise 0,00 = NET TTC 122,10

Nombre d'Articles : 2	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
-----------------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cent Vingt Deux Dirhams et 10 centimes.

12,90

12,90

12,90

12,90

12,90

12,90

44,70

БИОДАЙОГА



PHARMACIE ARGANE

199 bd de bordeaux-bourgogne

R.C :348506 Patente:35405388
T.V.A: C.N.S.S:2362995
Banque:BCM 178S000101
Tél :022492171/72

Le 17/10/2023

FACTURE N°1524840

N° ICE : 000573987000041

N° IF : 40105446

HOURI ZAHRA

1

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	CONTOUR PLUS BANDELETTES / 50	210,00	10,00	189,00	210,00	21,00	189,00	31,50	20,00



BRUT TTC 210,00 - **Remise** 21,00 = **NET TTC** 189,00

Nombre d'Articles : 1	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	157,50	Montant	31,50
-----------------------	---------------	-----------	----------------	--------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cent Quatre-vingt Neuf Dirhams.

1

7636

Contour™ plus

كونتور بلص / Contour plus

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

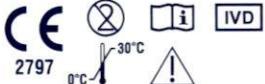
شرابط اختبار جلوكوز الدم

پرای اسٹیلر جلوكوز

نوارهای تست فردی

For self-testing • Pour l'autosurveillerance

للاختبار الذاتي • جهت خودبالش



© 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
لمزيد من المساعدة يرجى مراجعة بيانات الحصول الموجة
في الصفحة الأخيرة مندليل المستخدم

برای راهنمایی بیشتر، لطفاً به اطلاعات نهایی در صفحه آخر
راهنمایی کاربر مراجعه کنید.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG
شركة CONTOUR (كونتور) ملائكة تابع لشركة
Ascensia Diabetes Care Holdings AG

Ascensia Diabetes Care Holdings AG
Peter Merian-Strasse 90
4052 Basel, Switzerland
www.diabetes.ascensia.com
محلية في البالن
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 الحصول الموجة
في الصفحة الأخيرة مندليل المستخدم

برای راهنمایی بیشتر، لطفاً به اطلاعات نهایی در صفحه آخر

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

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

 ASCENSIA
Diabetes Care

90004657

Rev. 10/19

50
Test Strips
Bandelettes réactives
شرابط اختبار
نوار تست

REF 84627454

For use with / À utiliser avec
للاستخدام مع جهاز قياس جلوكوز الدم
دستگاهی تست جلوكوز
CONTOUR™
Meters / Lecteurs
كونتور بلص / Contour plus

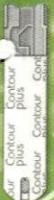
Contour™ plus

كونتور بلص / Contour plus

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرابط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست جلوكوز

50
Test Strips
Bandelettes réactives
شرابط اختبار
نوار تست

 NO CODING
SANS CODAGE



CONTROL N	110 - 143	mg / dL
CONTROL L	37 - 48	mg / dL
CONTROL H	326 - 424	mg / dL
LOT	DP2EQHH10	
	2024-05	