

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

A80175

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>2220</u>	Société : <u>RAF</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>EL HADJI M.Y ALLAOUD</u>
Nom & Prénom : <u>EL HADJI M.Y ALLAOUD</u>		Date de naissance : <u>31-7-54</u>	
Adresse : <u>21 Rue So Nour El Arrouca</u>		<u>Al Hoceima</u>	
Tél. : <u>0522204545</u>		Total des frais engagés : <u>130</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :		
<u>Maladie longue durée</u>		
Date de consultation : <u>1</u>		
Nom et prénom du malade : _____ Age: _____		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : _____		
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 : Le 25 Oct. 2023 Le : 25 Oct. 2023

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Siham Rue 31 et 32, Omariya N°64 Am chok - Casablanca Tel 0522 52 63 03	23/10/23	130.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

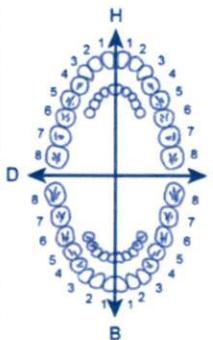
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

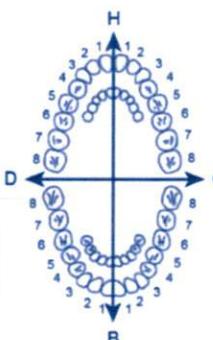
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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

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

PHARMACIE SIHAM
DR SIHAM OUAZZANI

Tél: 0522526303

Patente N°: 34023447
N° R.C. : 280734
Compte :
CNSS : 6069638
Id.Fiscale :
ICE : 002204992000033

Le : 23/10/2023

ELHAMZI MOULAY AHMED

FACTURE : 56499 du : 23/10/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	CONTOURP PLUS / 25	65,00	130,00	20,00%
	Total TTC		130,00	
	Droits de timbre		0,33	
	Net à payer		130,33	

Arrêtée la présente facture à la somme de :CENT TRENTÉ DIRHAMS ET TRENTÉ TROIS CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
20.00%	20,00	108,33	21,67	130,00
		108,33	21,67	130,00

Pharmacie Siham
El Hamzi Moulay Ahmed
Nouaceur
Tel 0522526303



© 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 Ascensia Diabetes Care Holdings AG

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. تمامی حقوق محفوظ است Contour (كونتور) شناخت جاری نشده 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 المدونة
في المعرفة المطبوعة أدناه من خلال المستخدم
برأي رأيهم يمكنهم، لعفافاً به إطلاعات تعليم في صحة آخر
والمعلومات المطلوبة.

Damoun Tajhiz Teb Co.
#14, 5th floor "c", 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



CONTROL N 108-141 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 316-411 mg/dL

LOT DP2FRHC31F

2024-06

2

7635

Contour™ plus
كونتور بلص / كونتور بلس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرطة اختبار طوكوكار مدمجة
برأي تست قند خون
For self-testing • Pour l'autosurveilance
للاختبار الذاتي • حيث حود باشي

