

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Declaration de Maladie

N° W21-824500

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2220 Société : MAJ

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : MAJ

Nom & Prénom : EL HADJI MY AHMED

Date de naissance : 31-8-56

Adresse : 21 rue So. Nasser, Casablanca

Tél. : 060548528 Total des frais engagés : 130 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Maladie Longue Durée

Date de consultation : 1 / 1 / 2023

Nom et prénom du malade : EL HADJI MY AHMED Age : 67

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie Longue Durée

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 : Casablanca Le : 25/10/23

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

RELEVÉ 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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Elham 101, Rue 31 ex 141, Omariya N°64 Ann chok - Casablanca Tel 0522 52 63 03	23/10/23	230,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

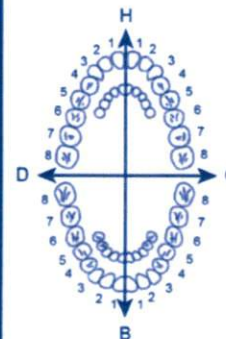
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

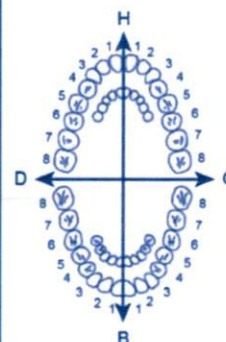
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D 00000000	G 00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE SIHAM
DR SIHAM OUAZZANI

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

Tél: 0522526303

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 TRENTE DIRHAMS ET TRENTE TROIS CTS

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

Pharmacie Siham
Angle Rue 31 & M. H. Ouzaniya
N° 44-00000000000000000000
Tél 0522 52 63 03



© 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.

جميع الحقوق © 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG محفوظة. Contour (كونتور) علامة تجارية وعلامة تجارية مسجلة لشركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

شركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG تملك الحقوق محفوظة. Contour (كونتور) نشان تجاری ثبت شده شرکت Ascensia Diabetes Care Holdings است.

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

www.diabetes.ascensia.com

صنع في اليابان

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 الاتصال الموجودة في الصفحة الأخيرة من دليل المستخدم.
برای راهنمایی بیشتر، لطفاً به اطلاعات تماس در صفحه آخر راهنمای کاربر مراجعه کنید.

Damoun Tajhiz Tab Co.
#14, 5th floor, 33, Syed Reza Saeedi St.,
Vah-e-Asr Ave.,
Tehran, 1967865637
Iran
Phone : +98 21 26218306

ABIAGAIT HEALTHCARE SOLUTIONS LIMITED
7, MORONU MADUAGWU 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 بلس / كونتور پلاس

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شريط اختبار
نوار تست

For use with / A utiliser avec
l'appareil avec appareil à jeter / Contour™ Plus
Meters / lecteurs
كونتور بلس / كونتور پلاس

REF 84627446

**Contour™
plus**

كونتور بلس / كونتور پلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie

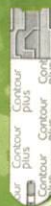
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

25

Test Strips
Bandelettes
réactives

شريط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**
SANS CODAGE



2

7635

Contour™plus

كونتور بلس / كونتور پلاس

Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'auto-surveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی

CE
2797

30°C
0°C



IVD



5 016003 763502

CONTROL N 108-141 mg/dL

CONTROL L 36-47 mg/dL

CONTROL H 316-411 mg/dL

LOT DP2FQHC31F

2024-06