

# 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.

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



## Déclaration de Maladie

M23-0023602

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2568 Société : 189065  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : Fallal Biche  
 Date de naissance : 01-01-1949  
 Adresse : 18 Rue Chahak Anouane Detg N2 Hay Eraba Casablanca  
 Tél. : 0668205008 Total des frais engagés : 225,00 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/12/2023  
 Nom et prénom du malade : Fallal Biche Age : 74  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

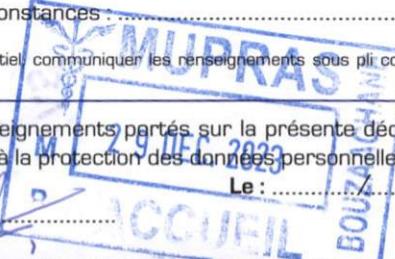
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le : /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>PARA THE GIRLS</b> Ety. RC 72 Rue Ermevina Hay Ersha Esraajour - Casablanca Tél : 0522 89 53 88	28/12/2023					225,00

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

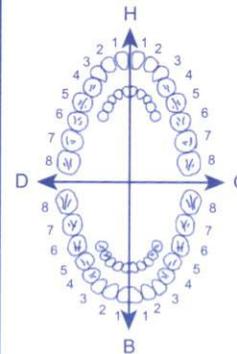
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
D	00000000	B	00000000
35533411	11433553		



**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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

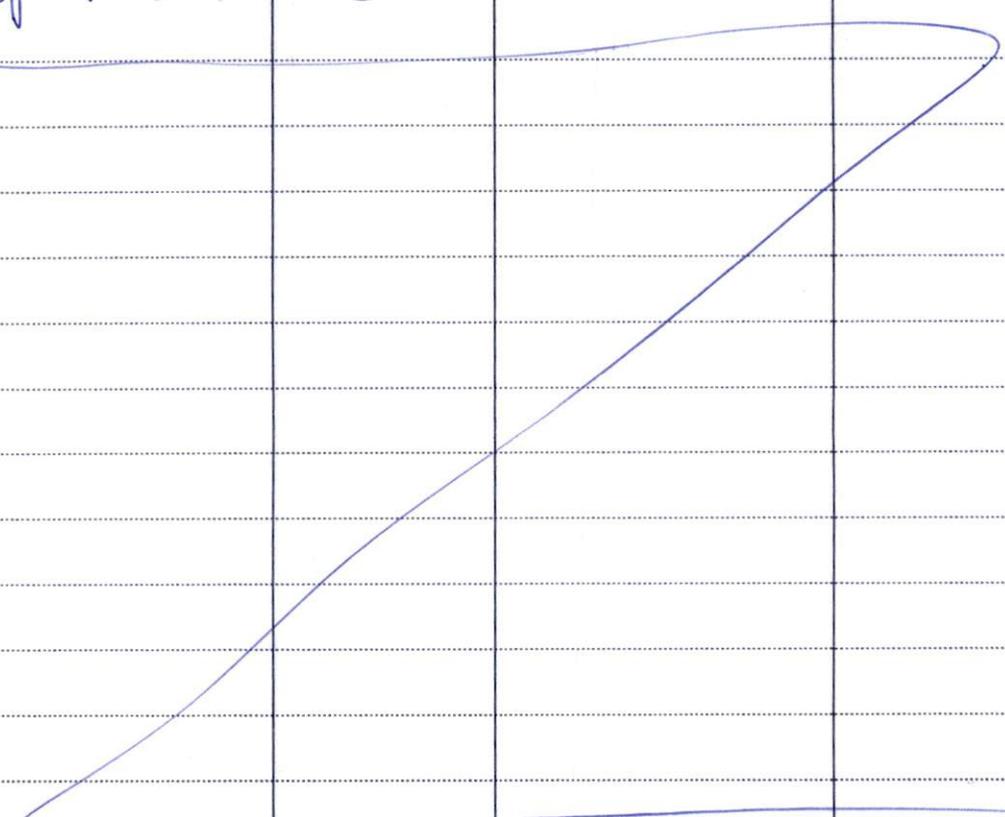
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Facture N° : 0052

Date : 28/12/2023

Client : FALLAH BRAHIM

Adresse : 18 Rue Chaouik nouamane Hay RAHA (Beauséjour)

Désignation	Qté	Prix Unitaire	TOTAL
contour plus bandelette	3	75	225,00
			

Montant en dirhals  
(hors champ de la TVA<sup>1</sup>)

Total net à payer

225 dh

**PARA THE GIRLS**  
72 rue Ennesrine  
Hay Erraha - Casablanca  
Tel : 0522 39 53 88

ARRETE LA PRESENT FACTURE A LA SOMME DE :

Signature :

**PARA THE GIRLS**  
72 rue Ennesrine  
Hay Erraha - Casablanca  
Tel : 0522 39 53 88

Auto entrepreneur : Hannane ABBAD - CNIE BE 658557

Adresse : ETG RC 72 rue ennesrine hy erraha (beauséjour) casablanca - Tél : 05 22 39 53 88 - Email : hanna221@hotmail.fr

ICE : 00227695100050 - IF : 51123185 - Taxe professionnelle N° : 35001202

Contour™  
plus  
كونتور بلس / كنتور بلس



25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شريط اختبار  
نوار تست

For use with / A utiliser avec  
الاستخدام مع أجهزة قياس سكر الدم المستخدمة با  
مستشعرات حساسية سكر الدم

Contour™ Plus  
Meters / lecteurs  
كونتور بلس / كنتور بلس

REF 84627446

10

7635

Contour™ plus

كونتور بلس / كنتور بلس

Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie  
شريط اختبار جلو كوز الدم  
نوارهای تست قند خون

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



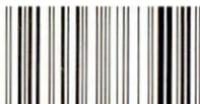
2797



30°C



IVD



5 016003 763502

© 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 لشركة Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

© 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. شرکت محوط است Contour (کنتور) 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](http://www.diabetes.ascensia.com)

صنع في اليابان

[www.patents.ascensia.com](http://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 الموجودة في الصفحة الأخيرة من دليل المستخدم.

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

Darmoun 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 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

CONTROL N 110-143 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 320-415 mg/dL

LOT DP2GQHC31F

2024-07