

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.

éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Matricule : *682* Société : *RAO*

Actif Pensionné(e) Autre : *Retraité*

Nom & Prénom : *LASNY HAMID*

Date de naissance : *13/11/43*

Adresse : *2 Rue FAYESSARDI 102 RAO 4^e étage*

APPAR 13 (MAYESSAR) HAY KASSA VI CASA

Tél. : *06 21 01 49 01* Total des frais engagés : Dhs

Cachet du médecin:

Date de Consultation : / /

Nom et prénom du malade : *LASNY HAMID* Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 : *CPB* Le : *09/10/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *HAMID*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-038992

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *682*

Nom de l'adhérent(e) : *LASNY HAMID*

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
DOO MEDICAL Médical Aloudbi Djeridane N° 6 Zellig - Casablanca Tél: 06.52 - Fax: 91.00.54	2/01/20	1	Ste Core Sury Boudelette x25			85,00

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DUO MEDICAL

Equipement Médical, Paramédical
Orthopédie, Appareil diabète,
Chirurgical, Parapharmacie

Facture N° : 2020005

DATE	CLIENT	PAGE
09/01/2020	P004	1

MR LASKY HASSAN

CASABLANCA

RÉFÉRENCE	DÉSIGNATION	QUANTITÉ	Prix Uni. TTC	Montant TTC	% TVA
COS016	CARE SENS 25 BAND	1	85.00	85.00	20.00

REÇUE

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A L SOMME DE :

quatre-vingt-cinq dirhams

DUO MEDICAL
Par Lasky Hassan
CASA
Centre de Santé et de Réadaptation

TOTAUX	NET A PAYER
H.T. : 70.83	
T.V.A. : 14.17	85.00



Résidence Abouab Oum Errabii Magasin N°9
Hay El Oulfa - R.C. Casa N° 78177 - T.V.A N° 732935
Taxe professionnelle N° 35004577 - I.F. N° 02221469
C.N.S.S. N° 2570697 - I.C.E. N° 00165778300024
Compte N°0109400001200143 (agence BMCI Casa Hay Hassani)

Tél.: +212 522 90 40 34
+212 522 91 08 52
Fax : +212 522 91 08 53
Lhaj-hamid@hotmail.fr

CareSens

CareSens™

Blood Glucose Test Strips

- 5 Second test
- 0.5 µL Sample
- Accurate results
- Automatically draws blood into test strip

25 Test Strips



i-sens

- Read and follow the inserted test strip manual
- Store between 1-30°C (34-86°F)
- Do not freeze
- Tightly recap test strip vial immediately after use
- Dispose of test strips past the expiration date immediately
- Discard used test strips safely in disposable containers
- **For self-testing**
- Use test strips according to their storage and handling methods to use them up until their expiration date

Use with CareSens Blood Glucose Meters
(CareSens, CareSens II, CareSens POP)

CareSens™

Blood Glucose Test Strips

- 5 Second test
- 0.5 µL Sample
- Accurate results
- Automatically draws blood into test strip

25 Test Strips



i-sens



8 809126 640457

PGA1E0118 REV0 08/2017