

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2361 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraite

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Maladie chronique
DIABETE TYPE I

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MOUSSAOUI SOUNKAINA Age: 61

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie chronique TYPE I

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 : 27/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Casa

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
P I M E D N° 6 Mosquée El Mousir Aln Chot Tél : 50 64 61	27/10/2022	840,00 DH.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

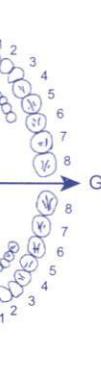
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			Coefficient des travaux
			Montants des soins
			Début d'exécution
			Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins
			Date du devis
			Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

PIMED

LES ARTICLES MEDICAUX

FACTURE

Nº 001758

Casablanca, le 27/10/2020

Pour Mousaab Soukane

N°	Désignation	Qté.	P. U.	Total
01	Cart cart Blatt 55 x 63	3	180	540.00
02	Correctrice (B 100)	1	100	100.00
03	Night Price (100)	1	200	200.00
				840.00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

President

340.00M



Règle	Montant	Payé le	Chèque N°
Espèce		
Effet		
Chèque		



InsuPen 3IG EXTR 3 M.E

EN ISO11608-2:2012

Compatible avec les stylos injecteurs - Compatibel met injectiepennen - Συμβατό με τις σύριγγες σε μορφή στυλό - Kompatybilna z wstążkowymi insuliny typu „pen” - متوافقة مع الحقنات بنظام الفلم - Compatible with pen injectors - Kompatibilní s inzulínovými perky - Kompatibilná s injekčným perom - Игла предназначена для совместимости со шприц-ручками - Голка призначена для сумісності зі шприц-ручками :

Sanofi	ClikStar, SoloStar, Lyxumia Pen, JuniorStar, AllStar
Lilly	KwikPen, HumaPen Memoir, HumaPen Savvio, HumaPen Luxura, HumaPen Luxura HD, Forsteo
Novo Nordisk	FlexPen, Novopen 3, Novopen 4, Novopen Echo, Novopen Junior, Victoza Pen, InnoLet, NovoPen 5, FlexTouch
Amylin Pharmaceutical	Byetta 5 mcg, Byetta 10 mcg
Ypsomed	Ypsopen
Owen Mumford	Autopen Classic, Autopen 24
Berlin Chemie	Berlipen Areo2
Bioton	GensuPen

REF 00 022989 000 030



100 LANCETS

One click

CLEVER-CHEK®

CLEVER-CHEK®
One click

100 LANCETS



LANCETTES
STÉRILES

On·Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

Français

Bandelettes de Glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang total en utilisant les glucomètres

On Call® Plus et On Call® EZ II.

A usage individuel et professionnel.

Uniquement pour usage en dehors du corps.

Contenu:

- 50 Bandelettes
- Carte à Puce
- Mode d'Emploi

Русский

Тест-полоски

Для определения глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров *On Call® Plus и On Call® EZ II.*

Для самодиагностики и профессионального использования.

Только для использования вне тела.

Упаковка содержит:

- 50 Тест-полоски
- Кодовый чип
- Инструкцию-вкладыш

العربية

أشرطة الفحص

لفحص السكر في الدم الكامل باستخدام جهاز القياس *On Call® EZ II , On Call® Plus* لمراقبة السكر في الدم للشخص الناجي والاستخدام المهني.

للاستخدام الخارجي فقط.

المحتويات:

- 50 أشرطة الفحص
- رفقة كود
- نشرة الجزمة



REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE