

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Prothésaire :

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 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6992 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TISMANI AHM EP

Date de naissance : 21-01-59

Adresse : R GI ELFAGIR

Tél. : 0675592651 Total des frais engagés : 169 - 60 250 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18-01-2010

Nom et prénom du malade : 175101 Mohamed Age : 59

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Allergie

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 : Centre Allal Ben Abdellah Le : 17/01/2010

Signature de l'adhérent(e) : 175101 Mohamed

## 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
14/05/2018	1		150	Docteur Otman TAZI Endocrinologie - Diabétologie Nutrition Abdelmoumen, Hamm, Mariana Tél : 05 22 91 00 00
14/05/2018	1		5	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
19/05/2020	16960112	 

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
	25533412 21433552
D	00000000 00000000
	00000000 00000000
	35533411 11433553

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycémique

PHARMACIE GHOFRANE  
Bloc "C" Rue 2 N° 116  
Al Qods - Bernoussi  
Tél.: 022.73.26.31 Casablanca

Casablanca le, 19/05/2020

Mr JISMANI Ahmed

10.40 x 6

Metformine Win 500 MG

1 comprimé matin et 1 comprimé le soir au milieu ou après repas (pendant 03 mois)

LÉVOTHYROX 137,5 µg par jour soit :

Lévothyrox 100 µg : 1 comprimé + Lévothyrox 25 µg : 1 comprimé et 1/2 le matin à jeun (pendant 03 mois)

PHARMACIE GHOFRANE  
Bloc "C" Rue 2 N° 116  
Al Qods - Bernoussi  
Tél.: 022.73.26.31 Casablanca

06.80 x 5

24.40 x 3

T = 169,60 DH



Docteur Otman TAZI  
Endocrinologie - Diabétologie  
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,  
2ème Etage, Appt. N° 4 - Casablanca,  
Tél : 05 22 86 41 90 - 06 22 86 56 34

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL 830  
P.P.V : 10DH40

LOT : 19E004  
PER : 11/2022

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL 830  
P.P.V : 10DH40

LOT : 19E004  
PER : 11/2022

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL 830  
P.P.V : 10DH40

LOT : 19E004  
PER : 11/2022

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL 830  
P.P.V : 10DH40

LOT : 19E004  
PER : 11/2022

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL 830  
P.P.V : 10DH40

LOT : 19E004  
PER : 11/2022

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL 830  
P.P.V : 10DH40

LOT : 19E004  
PER : 11/2022

293 Bd. Abdelmoumen, Imm Marjana, 2ème Etage, Appt. N°4 (près du croisement Anoual - Abdelmoumen  
E-mail : t.otman@wanadoo.fr - Tél. : 0522 86 56 34 / 0522 86 41 90 - GSM : 0672 24 33 33