

## 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 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

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.

N° W19-475826

ND: 35.294

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7372 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SABIL ABDELLAH/HAJ

Date de naissance : 29/05/67

Adresse : 200 Elulayy, Imm 6 Apt 6 Oulha

Lien de parenté : Enfant Tél. : 0661415223 Total des frais engagés : 350,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/07/2020

Nom et prénom du malade : DR. SABIL ABDELLAH Age : 53

Lien de parenté : Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

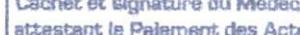
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : DR. SABIL ABDELLAH

Signature de l'adhérent(e) : SABIL ABDELLAH

Le : 03/08/2020

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
30/6/2020	✓		250,-	INP : 001151397  Docteur Bokochinofidji 293 Bd. André Malraux 20000 FRANCE Tel : 05 17 24 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet de Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
BDG	30.06.2011	100,80

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.														
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">26533418 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433658 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">38833411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table>		H	G	26533418 00000000	21433658 00000000	00000000		38833411 11433553		B	D
	H	G												
	26533418 00000000	21433658 00000000												
	00000000													
	38833411 11433553													
	B	D												
			<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											
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"/>														

# 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



Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

Casablanca le, 30/06/2020

Melle SABIL Basma

*130x6  
6.80x3  
100,80*  
LÉVOTHYROX 62,5 µg par jour soit :

Lévothyrox 50 µg : 1 comprimé + Lévothyrox 25 µg : 1/2 comprimé le matin à jeun (pendant 06 mois)



Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



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



Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH



Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH



Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH