

# ANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ER 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.

## Diologie 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.

## taire :

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 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

N° P19- 056211

35862

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2385 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SLAMNI RACHIDA

Date de naissance : 04/07/1954

Adresse : Lot Corniche Rue 2 N° 43 Hay

Knemak

Tél. : 0662014171 Total des frais engagés : 1026,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/06/2020

Nom et prénom du malade : N-SLAMNI Rachida Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : diabète + hypertension

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 : CASABLANCA Le : 19/06/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
19/6/2022			250,-	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/6/2022	476,-

# 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	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX...

# 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 Glycemique

Casablanca le, 19/06/2020

Mme SLAMNI Rachida

TAHOR 10 mg  
1 comprimé le soir (pendant 03 mois)

Metformine Win 500 MG  
1 comprimé le soir au milieu ou après repas (pendant 03 mois)

ROVAMYCINE 1,5  
1 comprimé, matin et soir (pendant 07 jours)

FUCIDINE 2%  
1 application 2 fois par jour (pendant 05 jours)

IXOR 20  
1 comprimé le matin (pendant 01 mois)

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00  
6 118000 250340

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00  
6 118000 250340

Emballage scellé.  
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00  
6 118000 250340

Emballage scellé.  
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00  
6 118000 250340

Emballage scellé.  
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00  
6 118000 250340

Emballage scellé.  
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00  
6 118000 250340

Emballage scellé.  
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
LOT : 19E004  
PER : 11 2022  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
LOT : 19E004  
PER : 11 2022  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
LOT : 19E004  
PER : 11 2022  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
LOT : 19E004  
PER : 11 2022  
6 118000 062127

ROVAMYCINE 1,5 MUI  
CP PEL B16  
P.P.V : 83DH30  
LOT : 9MA044  
PER : 04 2022  
6 118000 060253

Docteur Otman TAZI  
Endocrinologie - Diabète  
N° 1710  
293 Bd. Abdelmoumen, Imm Marjana, 2ème Etage, Appt. N°4 (près du croisement Anoual - Abdelmoumen) - Casablanca  
Tél. : 0522 86 56 34 / 0522 86 41 90 - GSM : 0672 24 33 33

Fucidine® 2%  
pommade Tube de 15 g

39,35

Fucidine® 2%  
pommade Tube de 15 g

39,70

IXOR 20 mg 28 comprimés effervescents  
PPV 118DH50  
EXP 12/2021  
LOT 9N047 1