

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.

49972

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	14559	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SILLARE ABDELLATIF			
Date de naissance : 26/06/1959			
Adresse : LOTISSEMENT ENNOUR RUE 12 N° 7 H. 14 CASE 066093027			
Tél. :	066093027	Total des frais engagés : _____ Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR. OTMAN TAZI Endocrinologie - Diabétologie			
Date de consultation : 20 DEC 2020			
Nom et prénom du malade : Dr. Sillare Keltoum			
Lien de parenté : Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète			
En cas d'accident précisez 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/12/2020

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
21/03/2018	bb		150,-	INP : 0911X219 Docteur Otman TAZI Endocrinologie - Diabétologie Nutrition 243 Bd. Abdelkarim, Imm. Mariana, Etage, Appt. N° 4 - Casablanca Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 36 36

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SEMAII 183, Angle des Rues 11 et 18 Sidi El Khadir Casablanca 20200	01/04/2018	361,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
				INP : _____
				Coefficient DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DEBUT D'EXECUTION _____
				FIN D'EXECUTION _____
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX _____
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS _____
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		DATE DU DEVIS _____
	B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION _____

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Casablanca le, 01/10/2020

Mme SILLARE Keltoum

MIXTARD 30

26 ui le matin et 20 ui le soir

20,80x6
GLUCOPHAGE 500 MG

1 comprimé, matin, midi et soir au milieu ou après repas

TAHOR 10 mg

1 comprimé le soir

Traitement pour 03 mois

PHARMACIE SEMLALI

n°83, Angle des Rues 11 et 18

Sidi El hadir

Tel : 05 22 86 52 93

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

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6118000250340

Laboratoires
Pfizer S.A.

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

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6118000250340

Laboratoires
Pfizer S.A.

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

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6118000250340

Laboratoires
Pfizer S.A.

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

20,80