

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Prothétique :

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

68209

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016562

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8161 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AOUAD NAJIB Date de naissance : 13/04/1953

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : + 352,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/03/2021

Nom et prénom du malade : AOUAD NAJIB Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 03/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 03/03/2021 | 102,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 l'ostéodensitométrie.

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

| | | | |
|--------------|---------------|---|-----------------|
| LOT : 20E013 | PER.: 07/2023 | METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V : 17DH10 | 6 118000 062134 |
| LOT : 20E014 | PER.: 08/2023 | METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V : 17DH10 | 6 118000 062134 |
| LOT : 20E013 | PER.: 07/2023 | METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V : 17DH10 | 6 118000 062134 |
| LOT : 20E011 | PER.: 06/2023 | METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V : 17DH10 | 6 118000 062134 |
| LOT : 20E014 | PER.: 08/2023 | METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V : 17DH10 | 6 118000 062134 |

Casablanca le, 03/03/2021

17/03/2021

Mr AOUAD Najib

AS

Metformin Win 850 MG

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



Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabèteologie
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana, 2ème Etage, Appt. N°4 (près du croisement Anoual - Abdelmoumen) - Casablanca
Tél: 0522 2529 - 29 - 3323 86 56 34
2ème Etage, Bd. Marjana, N°4 - Casablanca
Tél: 0522 2529 - 29 - 3323 86 56 34
2ème Etage, Bd. Marjana, N°4 - Casablanca
Tél: 0522 2529 - 29 - 3323 86 56 34