

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

Ordonnance :

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.

Prothèse :

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° M21- 0033325

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2385 Société : RAM 72691

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SLAMNI RACHIDA

Date de naissance : 04/07/54

Adresse : Lot Camilla Rue 2 n°43 Hay Kneimat

Tél. 0662.014171 Total des frais engagés : 1588,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/05/2021

Nom et prénom du malade : A. SCARFI 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 : 27/05/2021

Signature de l'adhérent(e) : SLAMNI

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
20000, Abdelmoumen, Imm. Morjana,
Appt. N° 4 - Casablanca
Tél. : 05 22 86 56 34

MUPRAS
01 JUN 2021
ACCUSE
HAKANI

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
12/05/21	BH			Docteur Otmane TAZI Endocrinologie - Diabétologie Nutrition 293 Bd. Abdelmoumen, 1 ^{ère} Morjana, 2 ^{ème} Etage, Appt. N° 4 - Casablanca Tel : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34

INPE
092006048

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

PHARMACIE ALBAHALER
Dr. MEDDAH N° 13
100 Lakmat, Rue 26, N° 64
Casablanca
Tél: 05 22 21 33 13
GSM: 06 61 08 55 05

Date

Montant de la Facture

27/5/2021

1338,70

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

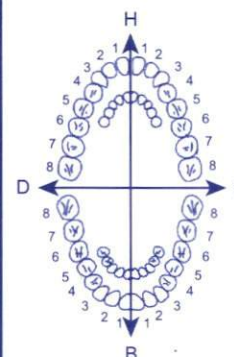
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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

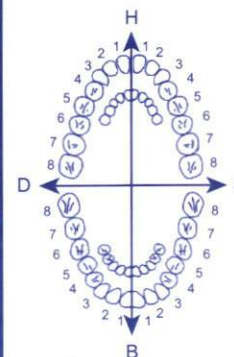
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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, 27/05/2021

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)

DIAMICRON 60 mg

1 comprimé le matin avant repas (pendant 03 mois)

DAFLON 500 mg

1 comprimé, matin et soir (pendant 01 mois)

EUZOL 20 mg

1 gélule, matin (pendant 01 mois)

AUGMENTIN 1G

1 sachet, matin et soir (pendant 07 jours)

AERIUS 5 mg

1 comprimé le soir (pendant 01 mois)

LOT : 20E020
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
6 118000 062127

LOT : 20E020
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
6 118000 062127

LOT : 20E018
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
6 118000 062127

UT. AV. : 10 12 P.P.V

LOT N° : 1 2 8 2 9 0 7

79,00

UT. AV. : 10 12 P.P.V

LOT N° : 1 2 8 2 9 0 7

79,00

UT. AV. : 10 12 P.P.V

LOT N° : 1 2 8 2 9 0 7

79,00

78,70

78,70

122,70

122,70

122,70

144,50

144,50

144,50

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 79,90 DH
LOT: 644490
PER: 11/21

pelliculés

MSD

LOT: 086-3
PER: NOV 2022
PPV: 31 DH 60