

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Dentaire :

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

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° P19- 062193

73266

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1010

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMDI

ABDERRAHMANE / MUTHMANI

Date de naissance : 1931

Adresse : RUE ALLAL BEN ABDELLAH N° 6

Tél. : 0646112562

Total des frais engagés : 516,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/01/2011

Nom et prénom du malade : HAMDI ASHRAF AGE : 80

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTA + 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.

17 JUIN 2011

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 : 20/01/2011

Signature de l'adhérent(e) :

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
22/01/2021			2500	2500

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien pu du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU FORT 100, place du Fort 75010 PARIS	22/02/2021	296,50

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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.											
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de											
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux							
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	Determination du coefficient masticatoire	Montants des soins									
Coefficient des travaux											
DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	Montants des soins									
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, 22/02/2021

Mme MIFTAH Malika

MIXTARD 30

24 ui le matin et 16 ui le soir (pendant 03 mois)

4940  
AMEP 5 mg

1 comprimé le matin (pendant 03 mois)

S.V

92100  
NOCOL 20 mg

1 comprimé le soir (pendant 03 mois)

S.V

14950  
SPECTRUM 500 mg

1 comprimé, matin et soir (pendant 10 jours)

S.V

296,50  
Facharztdienst Dr. med. Otman Tazi  
Endocrinologe - Diabetologe  
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  
E-mail : t.otman@wanadoo.fr

