

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0ADM Société : 83377

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BADRAINE Abdellah

Date de naissance : 1/1/47

Adresse : Habtuelle

Tél. : 0661 2307 64 Total des frais engagés : 18.56,60 - Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/14

Nom et prénom du malade : n. BADRAINE Abdellah

Age : 67

Lien de parenté :  Lui-même

Enjoint

Enfant

Nature de la maladie : Sadof + Hjet Hj

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 : 0ADM

Le : 31/08/2011

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
01-01-2023	Visite Diabétologie	1	150	<i>Docteur Otman TAZI Endocrinologie - Diabétologie 293 Bd. Abdelloumen, Imm. Morjana 2ème Etage, Apt. N° 4 - Casablanca Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 33</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SPHARMACIE GARE OASIS 152, BIS RUE DE L'OASIS 0522 99 02 84	27.8.21	PHARMACIE GARE OASIS 152, Bis Rue de l'Oasis - 0522 99 02 84 1484,30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 PHARMACIE GARE OASIS Route de l'Oasis 152 99 02 81 Casablanca	20/09/2021	Q PHARMACIE GARE OASIS 152 99 02 84 Casablanca	 Q PHARMACIE GARE OASIS 152 99 02 84 Casablanca

## AUXILIAIRES MEDICAUX

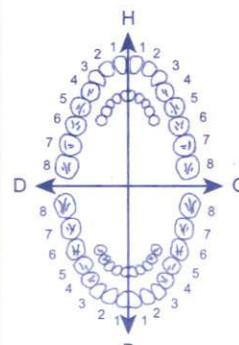
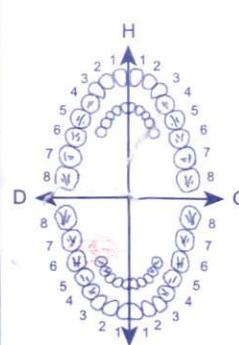
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

#### **RELEVÉ 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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
84 O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411			MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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, 27/08/2021

**Mr BADRANE Abdelhak**

GLUCOPHAGE 1000 MG

1 comprimé, matin et soir au milieu ou après repas (pendant 06 mois)

THYROZOL 10 mg

1/2 comprimé le matin (pendant 06 mois)

Bandelettes

2 contrôles par jour (pendant 06 mois)

DIAMICRON 30 mg LM

1 comprimé le matin (pendant 01 mois)

89,00  
89,00

$$(28,00 \times 12) = 336,-$$

$$(50,10 \times 37) = 150,30.$$

$$(160,10 \times 7) = 1120,00$$

$$(89,50 \times 2) = 178,00$$

PHARMACIE GARE OASIS  
152, Bis Route de l'Oasis  
Casablanca - 0522 99 02 84

Docteur Otman TAZI  
Endocrinologie - Nutrition - Diabétologie  
293 Bd. Abdellah Ben Kaddour, Apt. N° 4 - Imm. Moriana,  
2ème étage, Casablanca - Tél : 05 22 86 36 34

d'Endocrinologie  
 Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire  
 Diplôme en Diabétopathologie  
 Diplôme en Nutrition Appliquée  
 Capacité de Traitement par Pompe à Insuline  
 Diplôme en Echographie  
 Holter Glycémique



Casablanca le, 27/08/2021

**Mr BADRANE Abdelhak**

GLUCOPHAGE 1000 MG

1 comprimé, matin et soir au milieu ou après repas (pendant 06 mois)

THYROZOL 10 mg

1/2 comprimé le matin (pendant 06 mois)

DIAMICRON 30 mg LM

1 comprimé le matin (pendant 01 mois)

89,00

89,00

$$(28,00 \times 12) = 336,00$$

$$(50,10 \times 3) = 150,30$$

$$(60,10 \times 7) = 420,70$$

$$(89,50 \times 2) = 178,00$$

PHARMACIE GARE OASIS  
 152, Bis Route de l'Oasis  
 Casablanca - 0522 99 02 84

Docteur Otman TAJI  
 Endocrinologie - Diabétologie  
 293 Bd. Abdelmoumen, App. N° 4, Imm. Morjana,  
 2ème étage, Casablanca - Tel : 05 22 86 56 34