

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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- 048279

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0704 Société : 83377
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BADRANE Abdelhak
 Date de naissance : 1/1/47
 Adresse : Hahtruelle
 Tél. : 0661 230724 Total des frais engagés : 1856,60 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08/08/11
 Nom et prénom du malade : N° BADRANE Abdelhak Age : 64
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète + effet hypoglycémique
 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 : 31/08/2011
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
27.8.21	Diabétologie	1	250	Docteur Otman FAZI Endocrinologie - Diabétologie Nutrition 293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Morjana, 2ème Etage, App. N° 4 - Casablanca Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GARE OASIS 152, Bis Route de l'Oasis Casablanca - 0522 99 02 84	27.8.21	1784,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE GARE OASIS 152, Bis Route de l'Oasis Casablanca - 0522 99 02 84	27.8.21	1784,30	1784,30

AUXILIAIRES MEDICAUX

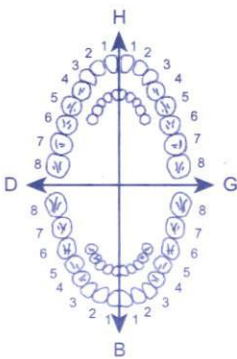
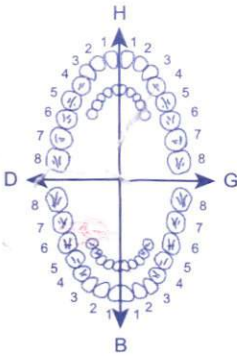
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
PHARMACIE GARE OASIS 152, Bis Route de l'Oasis Casablanca - 0522 99 02 84	27.8.21					1784,30

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 canaux, ainsi que le bilan de l'O

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><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

hypophysaire

suli

Thyrozol 10 mg comprimés
pellicule sécable Boite de 30
Pharmacia Responsable:
PBY 5010 Dns
Amirah DADOU
Pharmacia Responsable:
PBY 5010 Dns
Amirah DADOU

Casablanca le, 27/08/2021

Mr BADRANE ALI

Mr BADRANE Abdelhak

$$(28.5 \times 12) = 336, -$$

150, 30

$$(50,10 \times 3) = 150$$
$$(160,000 \times 7) = 1,120,000$$
$$(89,00 \times 2) = 178,00$$
$$(89, 50 \times 2) =$$

01 mois)

(89,50 x 2) =

1784,30

PHARMACIE GARE OA
152, Bis Route de l'Oas
Casablanca - 0522 99 02

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

20/11

Docteur Otman Tazi
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Morjana,
Zone d'Ass. Apt. N° 4 - Casablanca
Tel : 05 22 86 56 34

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

Thyrozo 10 mg comprimé
 pellicule sécable Boite de 30
 PPV 50/10 DS
 Pharmacie Responsable:
 Amine Daoudi
 Pharmacie Responsable:
 Amine Daoudi
 Pharmacie Responsable:
 Amine Daoudi
 Pharmacie Responsable:
 Amine Daoudi

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)

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

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

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

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

1784,30

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

Docteur Otman TATI
 Endocrinologie - Diabétologie
 Nutrition
 293 Bd Abdelmoumen, Imm. Moriana,
 2ème Etage, Apt. N° 4 - Casablanca
 Tel : 05 22 86 56 34

89,00
 89,00