

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## litions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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.

## adie 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 caractére 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 2385

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SLAMNI RACHIDA

Date de naissance :

04/07/1954

Adresse :

Lot Camilia Rue 2 m° 43 hay kremat  
CASA

Tél. : 0662014171

Total des frais engagés :

2280,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

30/11/2021

Nom et prénom du malade :

SLAMNI Rachida

Age : 67 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dyslipidémie + Diabète

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 : CASA

Le : 30/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Shallal

ACCUEIL

## **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 Patientement des Actes
13/11/2015			150	 <b>Dr. Abdelloumene Aissaoui</b> Chirurgie - Orthopédie - Diabétologie - Nutrition 2ème Etage, Appt. N° 4 - Casablanca Tel : 06 33 39 44 05

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	G	00000000   00000000 35533411   11433553	B	MONTANTS DES SOINS
		[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

# Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service

d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

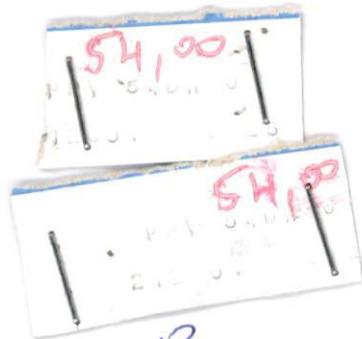
Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycémique



**Mme SLAMNI Rachida**

Casablanca le, 30/11/2021

LOT : 211106  
EXP : 06/2024  
PPV : 57,80DH  
LOT N° :

LOT : 211106  
EXP : 06/2024  
PPV : 57,80DH  
LOT N° :

78,70

78,70

78,70

LOT : 3789  
UT. AV : 09-24  
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 3789  
UT. AV : 09-24  
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 3789  
UT. AV : 09-24  
P.P.V : 17 DH 50

LD-NOR 10 mg  
1 comprimé le soir (pendant 03 mois)

DIAMICRON 60 mg  
1 comprimé le matin (pendant 03 mois)

OADO 500 MG  
1 comprimé soir au milieu ou après repas (pendant 03 mois)

RAMIPRIL 5 mg  
1 gélule, matin (pendant 03 mois)

IXOR 20 mg  
1 comprimé le matin (pendant 03 mois)

AZIX 500 mg  
1 comprimé le matin (pendant 03 jours)

TOUDEX Sirop  
1 cuillerée à soupe, 3 fois par jour (pendant 05 jours)

DAFLEON 500 mg  
1 comprimé matin et soir (pendant 01 mois)

