

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W19-435287



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6576

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Jabrak Fatima

Date de naissance : 22-07-19

Adresse : Hay Salam, Rue Louche

Nes Salam 17

Tél. :

Total des frais engagés : 4939 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie Diabétologie
Nutrition
293 Bd. Abdellah Ben Youssef
2^{me} étage, quartier Allal Ben Abdellah, Casablanca
Tél. : 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18

17 SEP. 2019

ACCUEIL

Date de consultation : 11/09/2019

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 17/09/2019

Signature :

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	
11/11/19			130,-	INP : 0911011591 Docteur Atman TAH Endocrinologie - Diabétologie Nutrition 25 Bd. Abd. Rachid Ben Ali N° 4 Casablanca, 2 ^{me} Etage, App. N° 4 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 ALAMI Casablanca 2623	22/11/19	243.90			
ANALYSES - RADIOPHARIES					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

Docteur Otman TAZI

Annan Médecin Interne des Hôpitaux de Toulonse-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, 22/07/2019

Mme JABRAK Fatima

Metformine Win 500 MG

1 comprimé le soir pendant 07 jours puis 1 comprimé matin et 1 comprimé le soir au milieu ou après repas

TARDYFÉRON 80 mg

1 comprimé le matin

D-Cure Forte 100 000 ui

1 ampoule buvable par mois

Traitements pour 03 mois

GRANDE PHARMACIE COMMERCIALE
AZAMIA
Bd. Mohammed VI
9, Tel: 05 22 26 23 12

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Nutrition - Diabétologie
293 Bd. Abdelmoumen, Imm Marjana, 2ème Etage, Appt. N°4 (près du croisement Anoual - Abdelmoumen) - Casablanca
Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

PPV : 40.50 DH

PPV : 40.50 DH

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

PPV: 49.50 DH
LOT: 18K20-B
EXP: 11/2021

10,40