

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 canaux, 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 canaux.

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.

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 Fatma
 Date de naissance : 22-07-79
 Adresse : Hay Salam, Rue Laroche
 Tél. :
 Total des frais engagés : 4939,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/09/2019

Nom et prénom du malade : JABRAK Fatma Age : 39

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 : Casablanca Le : 11/09/2019

Signature (e) : [Signature]

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/07/19	243.50

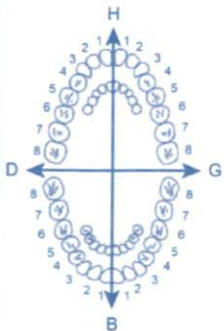
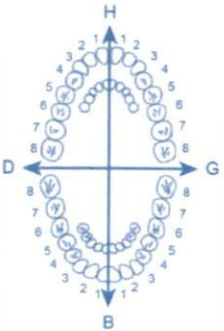
[illegible][illegible]

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 Glycemique

ORDONNANCE
Préparée
Vérifiée

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

Traitement pour 03 mois

GRANDE PHARMACIE COMMERCIALE
Othman ALAMI
9, Bd. Mohammed V - C.A.S.A.
Othman ALAMI
9, Bd. Mohammed V - C.A.S.A.
Tél: 05 22 22 23 12

GRANDE PHARMACIE COMMERCIALE
Othman ALAMI
9, Bd. Mohammed V - C.A.S.A.
Othman ALAMI
9, Bd. Mohammed V - C.A.S.A.
Tél: 05 22 22 23 12

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Mariana,
2ème Etage, Appt. N°4 - 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

PPV : 40.50 DH

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

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

LOT : 9MA037
 PER : 01 2022

METFORMINE WIN 500MG
 CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 9MA037
 PER : 01 2022

METFORMINE WIN 500MG
 CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 9MA037
 PER : 01 2022

METFORMINE WIN 500MG
 CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 9MA040
 PER : 02 2022

METFORMINE WIN 500MG
 CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 9MA037
 PER : 01 2022

METFORMINE WIN 500MG
 CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

