

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.

Diagnostique 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.

Éducation :

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.

Maladie :

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
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 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° P19-0022690

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10667 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DINAR Bouhass Date de naissance : 13/12/74
Adresse : 24 rue Di Selvedere CAS SA
Tél. : 0666410087 Total des frais engagés : 2501240 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: Docteur Othman TAJ, Nutrition, Diététique, Immunologie, N° 4, Casablanca, 05 22 86 56 24]
Date de consultation : 17/05/19
Nom et prénom du malade : DINAR Bouhass Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affet Rhumatisme
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
11/09/19		1	250	Docteur Otman TASSI Endocrinologie - Diabétologie Nutrition 293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Morjana, 20000 El Agg, Agg. N°1 - Casablanca Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34

Docteur Otman Taha
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Morjana,
2ème Etage, App. N° - Casablanca
Tel : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/9/19	240,40 dh

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

[illegible]

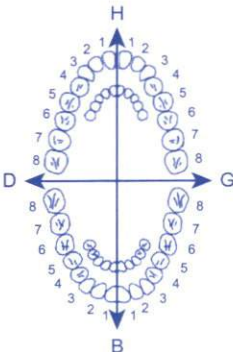
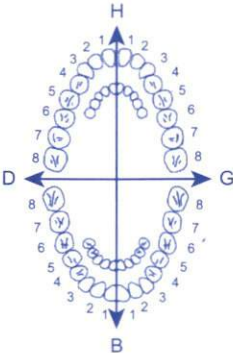
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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								
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 00000000 D 00000000 35533411 G 21433552 00000000 00000000 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX					
				MONTANTS DES SOINS				
	[Création, remont, adjonction]				DATE DU DEVIS			
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					DATE DE L'EXECUTION		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G B 00000000 35533411			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

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

Casablanca le, 17/09/2019

Mme DINAR Bouchra

LÉVOTHYROX 175 µg par jour soit :

Lévothyrox 100 µg : 1 comprimé + Lévothyrox 50 µg : 1 comprimé + Lévothyrox 25 µg : 1 comprimé le matin à jeun (pendant 06 mois)



611 800110201 3
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160333



611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110201 3
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160333



611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334



611 800110201 3
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160333



611 800110202 0
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160334



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



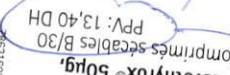
6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



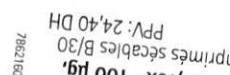
6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition

3 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,
2ème Etage, Appt. N°4 - Casablanca
Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34

