

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 - Avenue Khalid Ben Abdallah - Béni Mellal - Rue Mohamed V - BP 1000 - 24000 Béni Mellal - Maroc
Téléphone : 05 22 20 45 45 (16) - Fax : 05 22 28 16 - mupras.tunisie@yousra.com



Déclaration de Maladie

N° W19-495228

36 NS1

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1823	Société : R-A-M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL FARSI Mohamed			
Date de naissance : 05/09/55			
Adresse : AN Chock Rue 129 N° 34 Casablanca			
Tél. : 066 197 85 18	Total des frais engagés : 298,00	Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. Otman Tazi Endocrinologie - Diabétologie Nutrition Casablanca, Immeuble N° 4 - Casablanca Tel: 05 22 86 56 34			
Date de consultation : 04/08/2010	Age:		
Nom et prénom du malade : DR. OSMAN TAZI			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Affect Thyroïde			
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 : **08/08/2010**
 Signature de l'adhérent(e) : **Khalid Ben Abdallah**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
04/08/2012			250,-	INF : 091210 Docteur Otman Tazi Endocrinologie - Diabétologie Nutrition me... imm... Morjan Casablanca 96 56 34

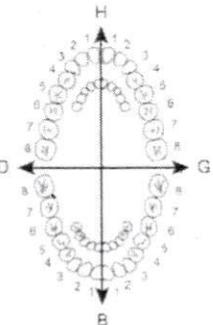
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dokha Khelil, Rue 1, N° 6 Casablanca - Tél. : 05 22 86 41 90</i>	<i>04/08/90</i>	<i>118,00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



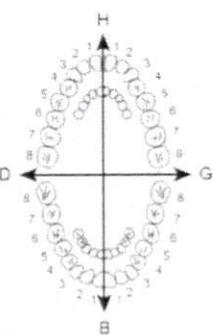
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

A circular diagram showing the numbers 1 through 8 arranged in a circle around a central point labeled H. The numbers are positioned at regular intervals. Arrows indicate a clockwise direction starting from the top number 1, and a counter-clockwise direction starting from the bottom number 8. The numbers are: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

	COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
	MONTANTS DES SOINS																	
	DEBUT D'EXECUTION																	
	FIN D'EXECUTION																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433532</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433532	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																	
	25533412	21433532																
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
G																		
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
	MONTANTS DES SOINS																	
	DATE DU DEVIS																	
	DATE DE L'EXECUTION																	
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

Casablanca le, 04/08/2020

Mme LASRI Amal

48,00

DIMAZOL 10 mg
1/2 comprimé le matin (pendant 03 mois)



Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
293 Bd. A. Attiouui
2ème Etage, Appt. N° 4, Imm. Marjana,
Tél. : 0522 86 41 90 - 05 22 86 33 33