

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W19-485340

43497

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0441

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : AMAN Abdellouahed

Date de naissance : 01/01/1945

Adresse : RESIDENCE EL MANSOUR 1M 21 N°2 HAY ESSALAM CASA

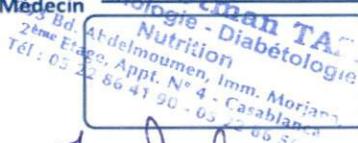
Tél. : 0664 983428

Total des frais engagés : 4641,60 Dhs

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/07/2010

Nom et prénom du malade : Ame ZAKARIA Latifa

Age : 60

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Diabète + HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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.

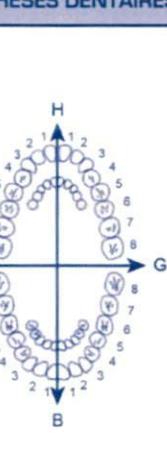
Fait à : CASABLANCA

Le : 09/07/2010

Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE DE CASABLANCA</b> Mme LAKHSASSI TABBARA Lafaa Bd Yacoub El Mansour - Casablanca Télé: 0527 35 75 51	29/07/2020	4641,60

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
	29/7/20					4.00	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		H	25533412	21433552														
		D	00000000	00000000														
		B	00000000	11433553														
G		35533411																
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
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

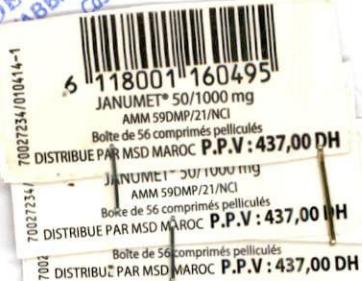
Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycémique



Casablanca le, 29/07/2020

Mme ZAKARIA Latifa

DIAMICRON 60 mg

1 comprimé et 1/2 le matin avant repas (pendant 06 mois)



437,00

JanuMet 50 mg / 1000 mg

X6 1 comprimé, matin et soir au milieu ou après repas (pendant 06 mois)

239,00

CO-APROVEL 300 mg / 12,5 mg

X6 1 comprimé le matin (pendant 06 mois)



97,60

NOCOL 20 mg

X6 1 comprimé le soir (pendant 06 mois)

4641,60

BANDELETTES

4 boites (pendant 06 mois)



GTIN (01) PPC: 135,00Dhs

LOT (10)

GTIN (01) PPC: 135,00Dhs

LOT (10)

PPC: 120 Dhs

Tarif National de Référence

ACCU-CHEK is a trademark of Roche

AccuCheck

PPC: 135,00 Dhs

صنع في ألمانيا

LOT

LOT

Docteur Otman TAZI  
Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition  
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Morjana,  
2<sup>me</sup> Etage, App. N°4 - Casablanca  
Tel : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 30 34

LOT 204773

EXP 03/23

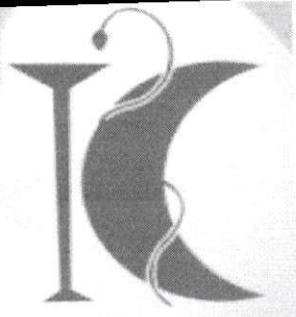
PPV 97DH60

EXP 03/23

PPV 97DH60

EXP 03/23

PPV 97DH60



Facture

FC19-00320 du 29/07/2020

**FYOMEDIC s.a.r.l**

83,Rue Elouroud,BEAUSEJOUR.

Tél: 05 22 97 41 92      Fax: 05 22 97 41 92

Mail: fyomedic-s.a.r.l@hotmail.com

Code client: **CAISSE***Les prix indiqués sont en MAD (Dirham marocain)*

N°	Article	Qté	Unité	Prix TTC	Remise	Total TTC	T.V.A.
1	MEDICO.001 ACCU-CHEK ACTIVE BTE 25	4,00		100,00		400,00	2

**MME. ZAKARIA LATIFA**

Nb articles: 4,00

Total Brut HT: 333,33

Taxe	Base	Taux	Montant
2 Taux normal	333,33	20	66,67

Total Net HT:	333,33
Total T.V.A.:	66,67
<b>Total T.T.C.:</b>	<b>400,00</b>
<b>Net à payer :</b>	<b>400,00</b>

**FYOMEDIC S.A.R.L**  
 83 Rue Al Ourooud RDC  
 Quartier Beausejour Casablanca  
 Tél / Fax 05 22 97 41 92  
 GSM 06 61 37 02 79