

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 071698

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1113 Société : RAM 174323  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NAZARI BELGACEM  
 Date de naissance : 01.01.1954  
 Adresse : Résidence ALHAYAT 86 - Rue Ibn AL MOATAZ  
 Etage 2 APT 5 - BELVEDERE - CASA  
 Tél. : 0668172028 Total des frais engagés : 1568,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MIKOU A.  
 ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
 39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
 TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

Date de consultation : 05/09/2022  
 Nom et prénom du malade : M2 NAZARI BELGACEM Age: 69 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète + HTA + Dyslipémie  
 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 : CASA Le : 06/09/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
05/09/2025	CS		500 /	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMACIE KHALIL ZEDINE</p> <p>SARL A. SARL A. Belvédère</p> <p>13, Rue Sijmassa Belvédère</p> <p>asablanca - Tel 0522 24 26 43</p>	05/09/25	1268,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

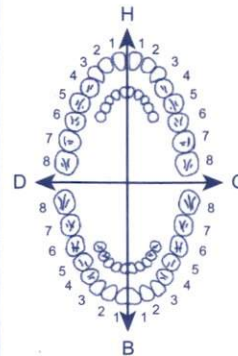
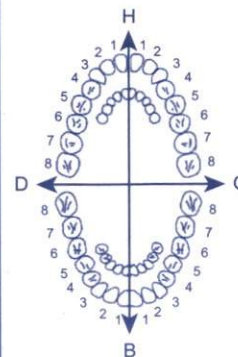
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur MIKOU Abdelhaq

Diplômé de la faculté de  
Médecine de Toulouse  
Spécialiste en  
Endocrinologie - Diabète  
Maladies de la nutrition

Obésité - Maigreux - Maladies du Cholestérol  
- Goitre -  
Sur Rendez-vous

Membre de :

- SFD
- EASD
- MGSD

Société Francophone du Diabète  
Association Européenne pour l'Etude du Diabète  
Groupe Méditerranéen pour l'Etude du Diabète

Casablanca, le 05.05.2023

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليسترول  
بالموعد

85,60

21.40 x 4

Glycan 550

453,20

5.1430 x 4

Dipnèze 10/12.5

110,80

27.70 x 4

Cardio Asprine

228,20

14.10 x 2

Resasting

193,70

386,20

Contro 0.4

1268,00

05 22 31 06 74 : هاتف و فاكس : 05 22 31 16 30: (عيادة) - الهاتف (2) - الدار البيضاء - الطابق (2) - شارع رحال المسكيني - 39, Bd Rahal El Meskini - 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05 22 31 16 30 - Tél./Fax : 05 22 31 06 74  
e-mail: familemikou@gmail.com - INPE: 091113076

Dr MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
05 22 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74



Glycan 850

$$4 \times 21,40 = 85,60$$

PPV  
LOT  
PER

21,40

PPV  
LOT  
PER

21,40

PPV

21,40

LOT  
PER

21,40

PPV

LOT

PER

PPV: 114DH30  
PER: 05/26  
LOT: M1601

PPV: 114DH30  
PER: 05/26  
LOT: M1601

PPV: 114DH30  
PER: 05/26  
LOT: M1601

PPV: 114DH30  
PER: 05/26  
LOT: M1601

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Maphar

Bd Alklima N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V. : 114,10 DH



6 118001 183104

Maphar

Bd Alklima N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V. : 114,10 DH



6 118001 183104

Crestor 5mg

$$2 \times 114,10 = 228,20$$

Contiflo 0,4

$$2 \times 193,10 = 386,20$$

PPV: 193DH10

PPV: 193DH10

CODE No.: MPIDRUGS/25/24/83

CODE No.: MPIDRUGS/25/24/83

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/INN

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/INN