

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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

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 - 5ème 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- 057279

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02501 Société : 65088

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. BIRKOU Mohamed-Naji

Date de naissance : 07/01/1938

Adresse : 35 COURS DES SPORTS  
20200 / CASABLANCA

Tél. : 0662 5121 54 Total des frais engagés : 4336 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASABLANCA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 01

Date de consultation : 29/12/2020

Nom et prénom du malade : LAHLOU Najate Age : 75

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

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 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 : 29/12/2020

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/12/2020      | C S               |                       | 250                             | DE MIKOU A.<br>ENDOCRINOLOGIE DIABETE<br>10. RAHAL EL MESKINI - CASA<br>Tél : 022 31 16 30 - FAX: 022 11 06 74 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date             | Montant de la Facture |
|--|------------------|-----------------------|
| Pharmacie du CAF<br>Mme CHAOUI SAMIRA<br>1 Rue Al Oukhrouane - Benouejour<br>Casablanca - Tél : 05 22 39 89 73 | 29<br>12<br>2020 | 4080,00               |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

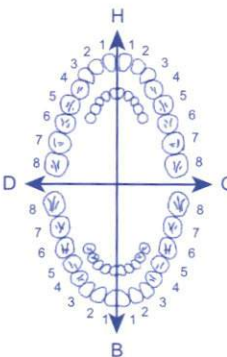
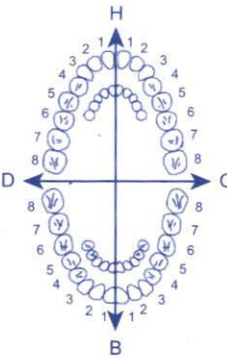
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

| 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  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|  | <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> |                  | H                   |                         | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | H  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | 25533412   | 21433552         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | D  | G                |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | 35533411   | 11433553         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | B  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | [Création, remont, adjonction]   |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                     | DATE DU DEVIS           |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   |  |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|   |  |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |

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

29.12.2020

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليسترول

بالموعد

la Kahhoulouja

Traitement  
Pour 3 Mois

571,00 x 3 = 1713,00

Insuline NovoRapid Flexpen

8 v b - 10

8 v b - 10

8 v b - 10

842,00 x 2 = 1684,00

Pharmacie du CAF - الكاف SAMIRA  
Mme CHAOUI SAMIRA  
1 Rue Al Oukhrouane - Beauséjour  
Casablanca - Tél : 05 22 39 89 73

Insuline Levamis Flexpen 320 b - 10

Relaxium 375

280,00 Arjells Vufro 6mm

Lancetti

81,00 Bandeletti 3 testik

DR MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, Bd. RAHAL EL MESKINI - CASA  
Tél: 05 22 31 16 30 - FAX: 05 22 31 06 74

39, شارع رجال المسكيني - الطابق (2) - الدار البيضاء - الهاتف (عيادة) - 05 22 31 16 30 - هاتف وفاكس : 05 22 31 06 74  
39, Bd Rahal El Meskini - 2ème étage - Casablanca - Tél. : 05 22 31 16 30 - Tél./Fax : 05 22 31 06 74  
e-mail: famillezmikou@gmail.com

T=4080,00



**Contour plus**  
كونتور پلس / كونتور پلاس

25  
Test Strips  
Bandelettes  
réactives  
شریط اختبار  
نوار تست

For use with / À utiliser avec  
للتخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با  
مستأهات تست قند خون  
Contour™ Plus  
Meters / lecteurs  
كونتور پلس / كونتور پلاس

REF 84627446

**Contour plus**  
كونتور پلس / كونتور پلاس

25  
Test Strips  
Bandelettes  
réactives  
شریط اختبار  
نوار تست

For use with / À utiliser avec  
للتخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با  
مستأهات تست قند خون  
Contour™ Plus  
Meters / lecteurs  
كونتور پلس / كونتور پلاس

REF 84627446

**Contour plus**  
كونتور پلس / كونتور پلاس

25  
Test Strips  
Bandelettes  
réactives  
شریط اختبار  
نوار تست

For use with / À utiliser avec  
للتخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با  
مستأهات تست قند خون  
Contour™ Plus  
Meters / lecteurs  
كونتور پلس / كونتور پلاس

REF 84627446

**Contour plus**  
كونتور پلس / كونتور پلاس

25  
Test Strips  
Bandelettes  
réactives  
شریط اختبار  
نوار تست

For use with / À utiliser avec  
للتخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با  
مستأهات تست قند خون  
Contour™ Plus  
Meters / lecteurs  
كونتور پلس / كونتور پلاس

REF 84627446

**Contour plus**  
كونتور پلس / كونتور پلاس

25  
Test Strips  
Bandelettes  
réactives  
شریط اختبار  
نوار تست

For use with / À utiliser avec  
للتخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با  
مستأهات تست قند خون  
Contour™ Plus  
Meters / lecteurs  
كونتور پلس / كونتور پلاس

-- LAPROPHAN --  
PPV : 571DH00

NovoRapid® FlexPen®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 571,00 DHS

8-9670-73-270-1

-- LAPROPHAN --  
PPV : 571DH00

NovoRapid® FlexPen®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 571,00 DHS

8-9670-73-270-1

NovoRapid® FlexPen®  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
PPV : 571,00 DHS

8-9670-73-270-2

Levemir® FlexPen®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 841 DH

8-9678-73-270-2

Levemir® FlexPen®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 841 DH

8-9678-73-270-2

280,00