

# 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.

## 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.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0047358

ND: 42386

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1155 Société : RAM (RETRAITE)

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : DAHRI LANCEN

Date de naissance : 30/06/1950

Adresse : 52 RUE NOUAKCHOUT ESC B 3<sup>ème</sup> étage

App<sup>t</sup> N° 10

Tél. 06 740 15 73 Total des frais engagés : 1986,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : - 1 OCT 2020

Nom et prénom du malade : DAHRI Khadja Age : 27/06/63

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : 01/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://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
10/10/2020	ES		250	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

02/10/2020

1.736,00

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

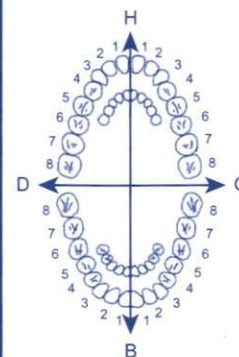
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

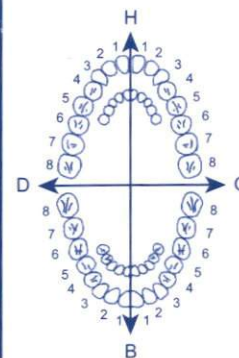
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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'EXECUTION

# Docteur MIKOU Abdelhaq

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

Obésité - Maigreur - Maladies du Cholestérol  
- Goitre -

Sur Rendez-vous

Membre de :

- SFD  
EACD

Société Francophone du Diabète

Sanofi-aventis Maroc ☐ enne pour l'Etude du Diabète  
Route de Rabat -R.P.1, Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Casablanca, le .....

Sanofi-aventis Maroc ☐  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc ☐  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

6 118001 101153  
LODOZ 5/6,25 mg,  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV : 74,00 DH

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

39, شارع رجال المسكيني - الطابق (2) - الهاتف (عيادة) : 05 22 31 16 30 - هاتف و فاكس : 05 22 31 06 74  
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: famillemikou@gmail.com

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليسترول  
بالموعود

PHARMACIE POPULAIRE  
LAHLOU Mohamed  
Pharmacien

39, Bd. Hadj Omar Riffi & Bd. d'Alsace  
Casablanca Tél : 05 22 22 17 04

me 1155

- 1 000 2070

$68,80 \times 5 = 344, \sim$

Amarel 4 mg

$390, \sim \times 3 = 1.170, \sim$

Galvus Metro/1000

$74, \sim \times 3 = 222, \sim$

Lodog 6.25/5

1.736, \sim

6 118001 101153

**LODOZ 5/6,25 mg,**  
Comprimés pelliculés B/30

PPV - 74,00 DH

6 118001 101153

**LODOZ 5/6,25 mg,**  
Comprimés pelliculés B/30

PPV : 74,00 DH

7862160244

7862160244





☒ valable 3 mois

L 3 01/10/2020

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE</b> <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>DAH 2,8 K. Lya</u>	
Présente <u>Diabète + HTA</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>3 ans</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakr Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca