

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVÉR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ique :

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.

entaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0301

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SOUKI BOUCHAIB

25-12-42

Date de naissance :

Adresse : 9 RUE DES IRIS HAY CARR AHA "BFAUSE JOUR"

CASA BLANCA 20200

06 61 32 15 88

Tél. : 0522 36 62 63

Total des frais engagés : 1902,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/07/2020

Nom et prénom du malade : SOKI Bouchaib

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 : CASA

Le : 27/10/20

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27 OCT 2020 | CS | | 250,1 | EN DOSSIER MIKOU 391 BD EL AÏCHA 21 10 20 - FAX 02 TÉL. 02 32 31 10 20 - FAX 02 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE DAHBI Bloc 66, N° 13 Bis 2 Sidi Othmane Casablanca Tél : 05 22 55 76 00 | 27-10-2020 | 1652,60 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---------------------------|---|--|
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B | MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

Casablanca, le 27/10/2000.

Dr Souki Bouchaik

530,00 x 3 - Drali nova Ria Perf. SV
3241 h.1
2248 h.8

taxe
3

31,30 x 2 - Syhrac 200 SV
17 h.8

1652,60

**PHARMACIE DAHBI**
Bloc 66, N° 13 Bis 2 Sidi Othmane
Casablanca
Tél : 05 22 55 76 00

DR MIKOU
ENDOCRINOLOGIST
39, BD. RAHAL EL MESKINI
TEL: 05 22 31 16 30 - FAX: 05 22 31 06 74
e-mail:famillemikou@gmail.com

39, شارع رحال المسكوني - الطابق (2) - الدار البيضاء - الهاتف وفاكس : 05 22 31 16 30 - 05 22 31 06 74
39, Bd Rahal El Meskini - 2^{ème} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 31 16 30 - Tél./Fax : 05 22 31 06 74
e-mail:famillemikou@gmail.com

SOUK BOUCHAIR. M^{le} 03.01.

8-0940-73-270-1

NovoMix® 30 Penfill®
100U/ml
Suspension injectable
5 cartouches de 3ml
PPV : 530 DH



6 118001 120390

8-0940-73-270-1

NovoMix® 30 Penfill®
100U/ml
Suspension injectable
5 cartouches de 3ml
PPV : 530 DH



6 118001 120390

8-0940-73-270-1

NovoMix® 30 Penfill®
100U/ml
Suspension injectable
5 cartouches de 3ml
PPV : 530 DH



6 118001 120390

28 comprimés

200,

allopurinol

Zylor

Verre d'eau, après le repas.
Les comprimés sont à avaler
MODE D'EMPLOI :
Excipient à effet notable : lactose
Excipients :
Allopurinol
Lactose

COMPOSITION :

Allopurinol ..

Excipients ..

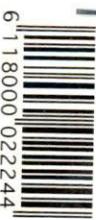
Excipient à effet notable : lactose

MODE D'EMPLOI :

Les comprimés sont à avaler
verre d'eau, après le repas.

1 0 7 3
0 9 2 0 2 4
3 1 0 3 0

31,30



ZYLORIC 200 mg
28 comprimés
6 118000 2022244
SOTHEMA BOURGOURA
Remboursable AMG

Zylor

allopurinol

200,

28 comprimés

PHARMACIE DAHBI

150UKI BOUCHAIB
"HUPRAS"
ICE : P19 059303
N°

Facture N° : 0919090

DATE : 27-10-2020

Arrêtée la présente facture à la somme de :

«MILLE SIX CENT CINQUANTE DEUX DHS SOIXANTE CTS»

