

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, parodontologie 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhesion@mupras.com |

La MUPRAS agit en vertu de l'article 17 de la loi n° 68-2 du 23 janvier 1968 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-486923

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1430** Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **ENNAJR BENDAOUD**
 Date de naissance : **31/12/1953**
 Adresse : **17 LOT AM ELKABIR RTE D'AREMOVA CASABLANCA**
 Tél. : **0661321202** Total des frais engagés : **2303,82** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR MIKOU A. ENDOCRINOLOGIE DIABETE 34 BD. EL KASIN - CASA TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74 11 FEB 2019**
 Date de consultation : **30/12/2019**
 Nom et prénom du malade : **Mr BENDAOUD ENNAJR**
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **Diabète + 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 : **CASABLANCA** Le : **30/12/2019**
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

RELIEVE DES FRAIS CLINICO-DIAGNOSTIQUES

Date des Actes	Nature des Actes	Nom du Coefficient	Montant des Actes ou des Honoraires	Cachet et signature du Praticien
30/12/2019	CS	250		Dr. MIKOU A. ENDOCRINOLOGIE DIABETE 39, BD. EL MESI TEL: 05 22 31 16 30 - FAX: 05 22 31 06 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY EL MATAR Dr. EL MABROUKI Hakim 1, Bd. Oum Rabii Outha - Casablanca Tél: 05 22 93 20 28	30/12/19	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H D G B [Creation, remont, adjonction]	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
- EASD
- MGSD

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

Casablanca, le

30.12.2019

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 5mg cp pel b30
P.P.V : 196,20 DH

6 118001 183104

6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة وأمراض الكوليد
بالموعد

Mr BEAUDAUD (FNWASK)

437,00 x 3 = 1311,00

Janumet 50/1000

196,20 x 2 = 392,40

196,80 x 2 = 393,60
350,140
Kil 160
un jour x 2
1 jour x 2

2052

DR MIKOU A.
ENDOCRINOLOGIE DIABETE

39, Bd. RAHAL EL MESKINI - CASA

39, Bd. RAHAL EL MESKINI - CASA
39, شارع رجال المسكيني، الطابق (2) - الهاتف (عيادة) : 05 22 31 06 74 - هاتف وفاكس : 05 22 31 06 74

39, Rd Rahal El Mekini 2ème étage - Casablanca - Tél : 05 22 31 06 74 - Fax : 05 22 31 06 74

maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V : 116,80 DH

6 118001 181636

maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V : 116,80 DH

6 118001 181636

maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V : 116,80 DH

6 118001 181636