

# 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com**



21348

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0003674**

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2053 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BERRABEH JAMAL Date de naissance : 21/4/51

Adresse : 77 RUE D'ACADIR APT 2 CASABLANCA

Tél. : 0664227271 Total des frais engagés : 850,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / - 3 FV 2020

Nom et prénom du malade : M. BERRABEH JAMAL Age : .....

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 : 04/04/2020

Signature de l'adhérent(e) : .....

# 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
3 FEV 2020	Ce		250	Dr MIKOU A. KINI - C.S.A. 022 31 06 74

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Mikou A. KINI 28, Bis Rue de Rome Ango : 05 22 85 22 55 Fax : 05 22 31 06 74	4/2/20	850,30

## 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	

Le prescripteur

Importateur

Veuillez

Se

PPV: 120,40 DH  
LOT: 591302  
PER: 10/20

CLAVULIN 1 g/125 mg  
12 sachets

6 118000 160496

acte pratiqué

Prescriptions des soins

PPV 38.10 DH  
LOT N718 PER 05/22

Comprimés enrobés dosés à 850 mg

Metformine chlorhydrate  
PPV 38.10 DH  
LOT N718 PER 05/22

Metformine chlorhydrate  
PPV 38.10 DH  
LOT N748 PER 06/22

PPV 38.10 DH  
LOT F801 PER 09/20

Comprimés enrobés dosés à 850 mg

PPV 38.10 DH  
LOT L625 PER 05/21

Comprimés enrobés dosés à 850 mg

LOT: 19E01  
PER: 06/2022

AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V.: 60DH40  
6 118000 060031

LOT: 9MA014  
PER: 02/2021

AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V.: 60DH40  
6 118000 060031

LOT: 9MA017  
PER: 02/2022

AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V.: 60DH40  
6 118000 060031

LOT: 9MA017  
PER: 02/2022

AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V.: 60DH40  
6 118000 060031

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
	35533411	11433553

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 22DH40  
EXP 11/2021  
LOT 90039 2

36,90

36,90

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles

FIN D'E

COEF DES

MON DES

DATE D DEVIS

DATE D L'EXECU

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

# 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

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

EFFIPRED® 20

Casablanca, le .....

- 3 FEB. 2020

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليسترول

بالموعد

PPV 58DH40  
EXP 08/2020  
LOT 78030 1

Mr BERRABEH Jamal

Traitement  
Pour 3 Mois

$6 \times 60,40 = 362,40$

$5 \times 38,10 = 190,50$

$2 \times 22,40 = 44,80$

$2 \times 36,90 = 73,80$

$1 \times 58,40 = 58,40$

$1 \times 120,40 = 120,40$

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