

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-575665

72072



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4126

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUANANI MOHAMMED

Date de naissance :

30/11/52

Adresse :

AV NOUVELLE 9 MAINTENANT
20100 CASABLANCA

Tél. :

0661153631

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/03/2021

Nom et prénom du malade : BOUANANI (Signature) _____ Age: _____

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie : STENT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 26 MAI 2021

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 : 15/03/2021

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
12/03/2021 CS			1.50.00	INP : 091113076 Dr. MIKOU A. ENDOCRINOLOGIE DIABETE 39, BD: RAHAL EL MESKINI - CASA TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/03/21	57730

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur MIKOU Abdelhaq

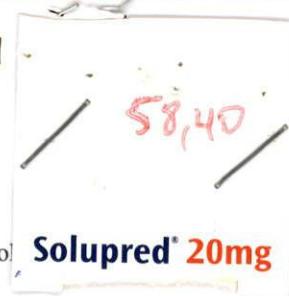
Diplômé de la faculté de Médecine de Toulouse
Spécialiste en Endocrinologie - Diabète
Maladies de la nutrition

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



الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب ببوردو

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليسترول

بالموعد

Casablanca, le 12.03.2021

J. BENNAN, Thomas

138,30
- Augmentin 1g

150x2

58,40
- Solupred 20

22,70 + 2
Rinomycin
15,40
150x2

14,40
- Dolipron 100

98,80 + 2
10,70
- Neo fortan 160
1n

123,60 - Flixonase 5,0
100x1

Dr. MIKOU A.
ENDOCRINOLOGIE DIABETE
BD RAHAL EL MESKINI - CASABLANCA
0522311630 - FAX:022311630
e-mail:famillemikou@gmail.com

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 06/2022
LOT 94047 4

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 08/2022
LOT 96031 5

39، شارع رحال المسكيني - الطابق (2) - الدار البيضاء - الهاتف (عيادة) : 05 22 31 16 30 - هاتف و فاكس : 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

57,130

گلستان - بزرگ

دھمی - سیدیلان الائچی

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

卷之三

44, 70

١٥

مختبرات الصيدلة فارما⁵
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

جی ۔

دھمی - سیدیلان الائچی

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

卷之三

44, 70

مسحوق لـ**التحضير** الشــراب

١٥

مختبرات الصيدلة فارما ٥
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

Doliprane®

PARACÉTAMOL

1000 mg



ADULTE
10 Comprimés

COMPRIMÉ

bOTTU s.a.
62, Allée des Casuarinas - Alin Sébta - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV: 14DH00

PER: 11/22

LOT: I2589

FLIXONASE® 50 microgrammes

RESPECTER LES DOSES
PRÉSCRITES

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 123 60 DH



6 118001 140299

ID : 62444

* 3 3 5 5 8 7 3 *