

# 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.

## Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

## 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 045165

84938

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11928 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BERRADA MOHAMED

Date de naissance : 3/11/44

Adresse : 39 Bd de l'océan Pacifique

CASABLANCA

Tél. 0661299191 Total des frais engagés : 2042,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, BD RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74

Date de consultation : 14/07/2021

Nom et prénom du malade : Mohamed Berrada Age : 70

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 : 16/09/21

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
14/9/24	82		400	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/9/24	1855

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

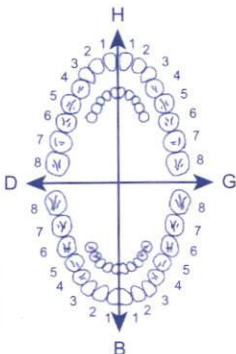
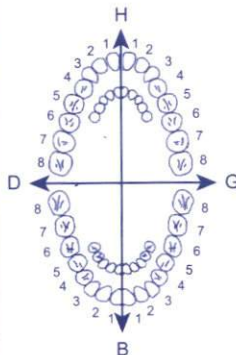
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

# Dr 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

Casablanca, le 14 SEPTEMBRE 2021

Madame Afaf Berrada née Bennani

Né le 22 novembre 1952

Ordonnance pour 3 mois

114,10x3  
Crestor comp 5 mg- 1 cp/j

27,10x3  
Cardiospirine 100 mg -1/j

13,40x3  
Levothyrox 50 mg 1c/j

6,80x3  
Levothyrox 25 mg- 1 cp/j

99,00x3  
Maggmine cp- 1 cp/j

196,00x3  
Kalmilider 2c/j

99,00x3  
Relaxium 37.5 MG – 1 C/J

34,70x3  
Zepam 6mg 1 c/j

41,80x2  
Avlocardyl 40 mg – 1c/j

1855,70  
39, bd Rahal El Meskini – 2<sup>ème</sup> étage- Casablanca

Tel. 05 22 31 16 30

Email : famillemikou@gmail.com

PHARMACIE OUM EL BACHA  
49, Boulevard El Oulfa  
CASABLANCA - Tél: 05 22 31 16 30 - Fax: 05 22 31 16 30

PHARMACIE OUM EL BACHA  
49, Boulevard El Oulfa  
CASABLANCA - Tél: 05 22 31 16 30 - Fax: 05 22 31 16 30

Dr MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 05 22 31 16 30 - FAX: 05 22 31 16 30



Ze  
PPV: 34DH70  
PER: 06/24  
LOT: K1627

PPV: 34DH70  
PER: 06/24  
LOT: K1627

PPV: 34DH70  
PER: 06/24  
LOT: K1627

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V: 114,10 DH  
6 118001 183104

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V: 114,10 DH  
6 118001 183104

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V: 114,10 DH  
6 118001 183104

KALMILIDER 60 GELULES  
LOT: 210001  
PER: 04/2024  
PRIX: 196 DH

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V: 41DH80  
6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V: 41DH80  
6 118000 010227

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V: 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
6 118001 102013

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V: 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V: 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
6 118001 102013

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
6 118001 102006

Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
6 118001 102013

KALMILIDER 60 GELULES  
LOT: 210001  
PER: 04/2024  
PRIX: 196 DH

LOT: 210092  
DLUO: 02/2024  
99,00DH

LOT: 210296  
DLUO: 05/2024  
99,00DH

LOT: 210092  
DLUO: 02/2024  
99,00DH

MB773 1123  
LOT PER  
Prix 99-00

MB773 1123  
LOT PER  
Prix 99-00

MB773 1123  
LOT PER  
Prix 99-00

KALMILIDER 60 GELULES  
LOT: 210001  
PER: 04/2024  
PRIX: 196 DH

PHARMACIE OULERRABI