

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## 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.

## 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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11964 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BERRADA MOHAMED

Date de naissance : 31/11/44

Adresse : 39 Bd de l'Opération Paljiline CASABLANCA

Tél. 06 01 29 51 31 Total des frais engagés : 2042,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/09/2021

Nom et prénom du malade : Berrada Mohamed Age : 70

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 : 18/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/9/21	162		400	400
				ENVOI DE LA FACTURE A M. NIKOU A LA SOCIETE MEDICOLOGIE DIABETES 16/09/21 - MESKINI - CASA 16/09/21 - LAKE 92310674

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JARDIN	14/9/21	1855

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

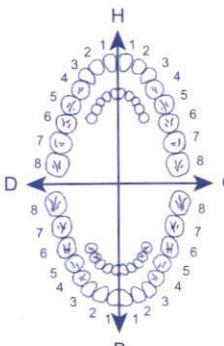
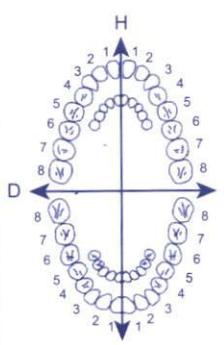
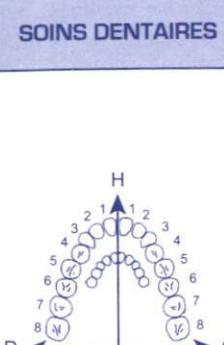
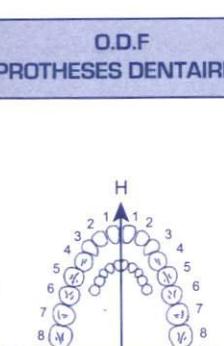
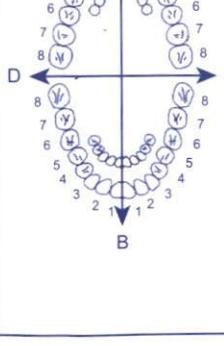
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 de

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

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

**[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

# Dr Mikou Abdelhaq

Diplômé de la faculté de médecine de Toulouse

Spécialiste en endocrinologie-diabète

Maladies de la nutrition

Obésité-maigreurs-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, 100 X 3  
Crestor comp 5 mg- 1 cp/j

271, 200 X 3  
Cardiospirine 100 mg -1/j

13, 50 X 3  
Levothyrox 50 mg 1c/j

61, 80 X 3  
Levothyrox 25 mg- 1 cp/j

99, 00 X 3  
Magmine cp- 1 cp/j

196, 00 X 3  
Kalmilider 2c/j

99, 00 X 3  
Relaxium 37.5 MG – 1 C/J

344, 20 X 3  
Zepam 6mg 1 c/j

41, 80 X 2  
Avlocardyl 40 mg – 1c/j

PHARMACIE QUIMIERRABH  
49, Boulevard EL OUESSA  
CASABLANCA - Tel: 05 22 90 08 72 - Fax: 05 22 90 12 60  
1855, JP

PHARMACIE QUIMIERRABH  
49, Boulevard EL OUESSA  
CASABLANCA - Tel: 05 22 90 08 72 - Fax: 05 22 90 12 60

PHARMACIE QUIMIERRABH  
49, Boulevard EL OUESSA  
CASABLANCA - Tel: 05 22 90 08 72 - Fax: 05 22 90 12 60  
1855, JP

Dr MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABÈTE  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA  
TEL: 05 22 31 20 - FAX: 05 22 31 06 74

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

Tel. 05 22 31 16 30

Email : famillemikou@gmail.com

**Z**  
PPV: 34DH70  
PER: 06/24  
LOT: K1627  
6 118000 0873

PPV: 34DH70  
PER: 06/24  
LOT: K1627  
6 118000 040873

PPV: 34DH70  
PER: 06/24  
LOT: K1627  
6 118000 040873

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

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

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

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

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

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

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

6 118001 090280

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

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

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

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

6 118001 090280

6 118001 090280

6 118001 090280

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

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

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

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

**IXANT**  
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