

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3273

Société :

94179

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL BAOD

HAFID

Date de naissance :

1950

Adresse :

N°4 HAJ FATAH - 18000 - CASA

Tél. :

06 61 826 830

Total des frais engagés :

280

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : SAROUR Rachid Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + HTA + gout au niveau

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 :

Le : 08/10/2011

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/10/11 | g | | 650,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Chapet du Pharmacien au nom Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|--|
| PHARMACIE JNANE LOUZ N° 4 Imm. 7 Ouled Amina Al Farah 2 - Casablanca | 25/10/2022 | N° 4 Imm. 7 Ouled Amina Al Farah 2 - Casablanca 382,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODT.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

(Création, remont, adjonction)

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth. The teeth are labeled with numbers 1 through 8 on both the upper and lower arches. The diagram includes a coordinate system with a vertical axis labeled 'H' at the top, a horizontal axis labeled 'D' on the left, and a diagonal axis labeled 'G' on the right. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right of the curve.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Docteur 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

Membre de :

- SFD
 - EASD
 - MGSD
- Société Francophone du Diabète
Association Européenne pour l'Etude du Diabète
Groupe Méditerranéen pour l'Etude du Diabète

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليستيرون
بالموعد

PHARMACIE JNANE LOUZ
Dr. MUKHAD AMINA
N° 4 Imm. 7 Oulad Azouz
Al Farah 2 - Casablanca

25 OCT. 2011

Casablanca, le

Traitements
Pour 3 Mois

PHARMACIE JNANE LOUZ
Dr. MUKHAD AMINA
N° 4 Imm. 7 Oulad Azouz
Al Farah 2 - Casablanca

Diabète 60

Lachraie

100 X4 Disformine 850 17 + 34 S.V.

13,40 X2 Levotyroxine 500 18 S.V.

99,90 X2 Gynafotrixom 1.5 17 S.V.

392,70

PHARMACIE JNANE LOUZ
Dr. MUKHAD AMINA
N° 4 Imm. 7 Oulad Azouz
Al Farah 2 - Casablanca

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

39، شارع رحال المسكيني - الطابق (2) - الدار البيضاء - الهاتف (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

44,70

242600036-02

44,70

242600030-02

PPV: 18DH00
PER: 10/24
LOT: K2Y07

18,00

17,00

PPV: 18DH00
PER: 04/24
LOT: K1056

PPV: 18DH00
PER: 09/24
LOT: K2601

PPV: 18DH00
PER: 09/24
LOT: K2603

14010042

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée



6 118001 130184

PPV: 79,90 DH

14010042

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée



6 118001 130184

PPV: 79,90 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر