

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0026612

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1155

Société : RETRAITE RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DAHRI LAHCEN

Date de naissance : 30/06/1950

Adresse : 52 RUE NOUAKHOUT BENTJIA CASABLANCA

Tél. : 06 740 115 73

Total des frais engagés : 1978,80

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 71

Date de consultation : 08/12/2021

Nom et prénom du malade : MME DAHRI KHADIZA (BOUHASSOU) Age : 27/04/1964

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTA

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 : 08/12/2021

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
08/12/21	g		250,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

08/12/21 1.728,80

# 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

AM

PC

IM

IV

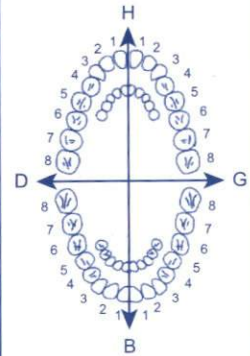
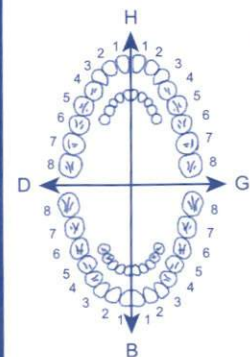
Montant détaillé des Honoraires

# 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 canala, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
																				
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Docteur MIKOU Abdelhak

Mle 1155

الدكتور ميكو عبد الحق

Diplômé de la faculté de  
Médecine de Toulouse

Spécialiste en

Endocrinologie - Diabète

Maladies de la nutrition

Obésité - Maigreur - Maladies

- 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

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليسترول

بالموعد

PHARMACIE POPULAIRE  
LAHLOU Mohamed  
Pharmacien

Angle Rue Hadj Omar Riffi & Bd. d'Alsace  
Casablanca Tél: 05 22 22 17 04

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30

P.P.V.: 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30

P.P.V.: 68,80 DH

6 118001 081325

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV: 390,00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV: 390,00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV: 390,00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV: 390,00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV: 390,00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV: 390,00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV: 390,00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV: 390,00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV: 390,00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV: 390,00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV: 390,00 DH

Casablanca, le

08/12/2021

DAHR Kheir

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30

P.P.V.: 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30

P.P.V.: 68,80 DH

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

LODOZ 5mg B30  
PPV: 71,60 DH

LODOZ 5mg B30  
PPV: 71,60 DH

LODOZ 5/6,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30

LODOZ 5/6,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV: 390,00 DH

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV: 390,00 DH

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV: 390,00 DH

LODOZ 5mg B30  
PPV: 71,60 DH

LODOZ 5/6,25 mg  
Comprimés pelliculés B/30

رجل حال المسكني - الطابق (2) - الدار البيضاء - الهاتف (عيادة): 05 22 31 16 30 - هاتف وف  
Meskini - 2ème étage - Casablanca - Tél.: 05 22 31 16 30 - Tél./Fax: 05 22 31 06 74  
e-mail: famillemikou@gmail.com