

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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 Étage 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° M21- 081089

Optique *103uu9* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1113*

Société : *Royal Air Maroc*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *NAZARI BELGALEM*

Date de naissance : *01-01-1954*

Adresse : *RESIDENCE ALHAYAT B6. RUE IBN ALMOATAZ*

ETAGE 2 - APT 5 - BELVEDERE - CASA

Tél. : *06 68 11 20 28*

Total des frais engagés *1077,80* 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 74*

Date de consultation : *10 FEV 2022*

Nom et prénom du malade : *MR NAZARI BELGALEM*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + HTA + Dyslipéémie

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 : *CASA*

Le : *10/02/2022*

Signature de l'adhérent(e) :

RAF

Autorisation CNIDP N° : AA-215 / 2019

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
10 FEV. 2022	CS		250	DE MIKOU A ENDOCRINOLOGIE DIABETE CD RAHALE EL MESKINI - CASABLANCA 2311630 - FAX:022310674

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMAC. 13, Rue Hassan Belvédère Casablanca Tel. 22 24 26 43	10.02.22	827,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur MIKOU Abdelhaq

Diplômé de la faculté de Médecine de Toulouse

Spécialiste en

Endocrinologie - Diabète

Maladies de la nutrition

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليسترول

بالموعد

PPV

LOT

PPV

LOT

PER

21,40

38,10

scopephone du Diabète
Européenne pour l'Etude du Diabète
Méditerranéen pour l'Etude du Diabète

Casablanca, le

10 FÉV 2022
PHARMACEUTIQUE KHALEF AZZEDINE
SARL AU
SIDI BOURGUINE, Casablanca. Tel 0524 481333

38,10
21,40

Mr NAZARI

Belfce
Trait
Pour

PPV: 114DH30
PER: 12/24
PPV: 114DH30
PER: 12/24
PPV: 114DH30
PER: 12/24
LOT: K3476

Chican 80
3x77,40 = 342,90

180 mili. of 20

Dr/pejor 50/125

180 mili.

3x27,70 = 83,10

Cardio Aspirine 100 mg/30cps

Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

3x114,10 = 342,90

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH

Maphar
Bd Alkemia N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V. : 114,10 DH

6 118001 183104

05 22 31 06 74 : هاتف و فاكس

39, Bd Rahal El Meskine

39، شارع رحال الميسكين (2) - الدار البيضاء - الها

Casablanca - Tél. : 05 22 31 16 30 - Tél./Fax : 05 22 31 06 74

emikou@gmail.com

Dr MIKOU
ENDOCRINOLOGIE D
39, BD. RAHAL EL MESKINE

6 118001 090280
Barcode

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.