

# 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 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.

## 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

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.

**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

M22- N° 004912

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11924 Société : RASY ND AEN 28

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Beraada Abdelkader

Date de naissance : 03/11/1944

Adresse : 39 Avenue El Oued Ressigia

Code postal : 2661299131 Total des frais engagés : 1677 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 JUIL. 2022

Nom et prénom du malade : Beraada Abdel Age : 80

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Hypothyroïdie Diabète

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : 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 : Casa Le : 08/07/22

Signature de l'adhérent(e) : Beraada

## 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
07/11/2012	V2		400,-	Dr. MIKOU ENDOCRINOLOGUE D. RAHALE MESSING 17-16-30 - FAX:022-31 06

**Cachet et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Actes**

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>MACIE JUNIOR Dr. ANNE BIDAB boulevard OUM EBBABII HAY HASSAN, CASABLANCA Tel. 05 22 80 88 72</b>	15.06.17	1277.40

A red rectangular stamp with the text "PHARMACIE OUM ERRABBI" at the top, "Casablanca" in the center, and "Tel. 2..." at the bottom. A signature "Dr. Azzouzi" is written across the center of the stamp.

49. Boulevards  
EL OULFA - CASABLANCA

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAL IX

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

## 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'ODP.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional markers are present: 'H' at the top, 'D' on the left, 'B' at the bottom, and 'C' on the right. Arrows indicate the direction of the arch: a vertical arrow pointing down from H to B, a horizontal arrow pointing left from D to C, and a diagonal arrow pointing down and left from H to C.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# 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 15/06/2022

Madame Afaf Berrada née Bennani  
Né le 22 novembre 1952

Traitements pour 3 mois

13.40 x 3

Levothyrox 50 mg - 28 cp - 1 cp/j

6.80 x 3

Levothyrox 25 mg - 1 cp/jour

9.90 x 3

Relaxium 375 1 gellule le soir

Kalmaner 30 gellules - 1 cp/j

19.60

Kaldmilider - 2 cp/j

185.70 x 3

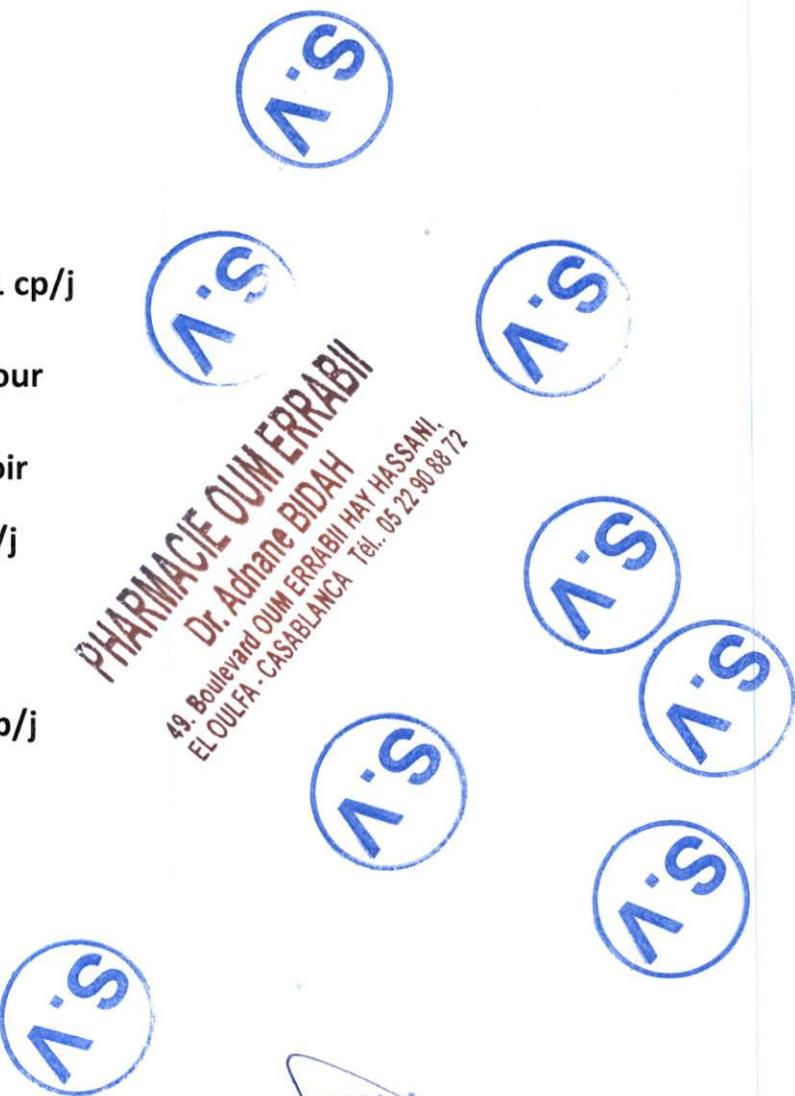
Crestor 10 mg 28 comp - 1 cp/j

27.70 x 3

Cardioaspirine 1 cp/j

41.80 x 2

Avlocardyl 40 mg 1 cp/j



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

39, bd Rahal El Meskini - 2<sup>ème</sup> étage- Casablanca  
Tel. 05 22 31 16 30  
Email : famillemikou@gmail.com

KALMILIDER 60 GELULES

LOT : 220001

PER : 03/2025

PRIX : 196 DH

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 185,70 DH

5 118001 183111

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acetylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acetylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acetylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 185,70 DH

5 118001 183111

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850

P.P.V : 41DH80

6 118000 010227

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850

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 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

6 118001 102006

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