

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

- Reclamation : 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



Déclaration de maladie

N° W21-608200

Par cour

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>05784</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>125518</u>
Nom & Prénom : <u>ABBOU MATHIEU</u>			
Date de naissance : <u>26-10-1977</u>			
Adresse : <u>n° 20 de la rue de la gare, 1012 QUETTA HUSSEIN</u>			
Tél. : <u>06 389 55589</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>28.06.2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ABBOU MATHIEU</u>			
Lien de parenté : <u>Lui-même</u> <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Diabète</u>			
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 : ABBOU MATHIEU

Le : 03.10.2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W21-608200	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : _____	Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____	Date de dépôt : _____

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
28/06/2022	CS	25	INPE 001113076	Dr MIKOU A. ENDOCRINOLOGIE DIABETE 39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA TELE: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74
29 JUIN 2022	CS	25		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Gauthier 27 Rue Mousa Benou Nousseir Gauthier - Casablanca Tél: 09 20 28 80 02	29/06/2022	2159.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie Gauthier 27 Rue Mousa Benou Nousseir Gauthier - Casablanca Tél: 09 20 28 80 02	28/06/2022		29,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

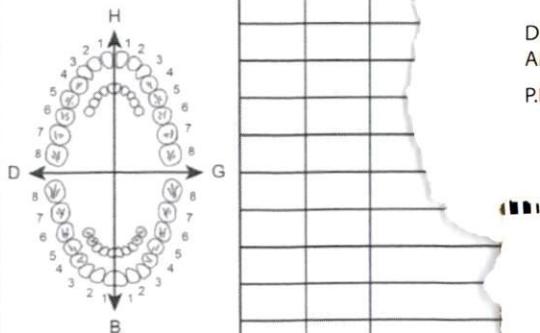
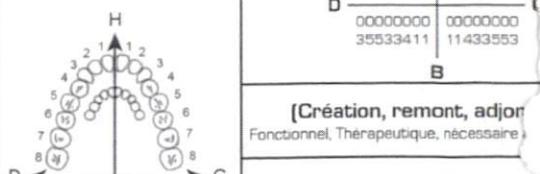
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pro

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins
		
O.D.F		
DETERMINATION DU COEF MASTICATOIRE		
		
GLYCAN 50		
Metformine chlorhydrate		
50 comprimés dosés à 500 mg		
VISA ET CACHET DI		
LOT F384 PER 04/25		
PPV 19.50 DH		

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.









Docteur MIKOU Abdelhaq

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصی فی

أمراض الغدد، مرض السكر

السجدة، أراضي

Obésité - Maigreur - Maladies du Cholestérol

- Goitre -

Sur Rendez-vous

Membre de :

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

Casablanca, le 29 JUIN 2022

29 JUN 2022

M^{lu}-ABR009 Deheca.

42880 X.G
Jammeh 53
17 18
Glycam 500
17 18
from 6 min
Pharmacy DUCALY
17, Rue Mousse Bou Nourssair
Gauntlet 22 26 41 12
Tel 205 22 26 41 12
C 24

DR MIKOU A.
ENDOCRINOLOGIE DIABETE
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASABLANCA
TELE: 022 31 16 20 - FAX: 022 31 19.

39، شارع رحال المسكوني - الطابق (2) - الدار البيضاء - الهاتف (عيادة) : 05 22 31 16 30 - 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

Docteur MIKOU Abdelhaq

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة وأمراض الكوليسترول

بالموعد

Obésité - Maigreur - 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

Casablanca, le 28.06.2022

Dr ABDELHAQ MIKOU

19,50

Ghada
Rahal El Meskini



Dr MIKOU A.
ENDOCRINOLOGIE DIABÈTE
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA
Tél: 05 22 31 16 30 - Fax: 05 22 31 06 74

27, Rue Mousa Benou Nabi
Gauthier - Casablanca
Tél: 05 22 22 22 26
Pharmacie FLOU

39, شارع رحال المسكيني - الطابق (2) - الدار البيضاء - الهاتف (عيادة): 05 22 31 06 74 - هاتف و فاكس : 05 22 31 16 30
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