

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0013654

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2053 Société : RAM 131216

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERRABEH JAMAL

Date de naissance : 21-4-51

Adresse : 77 RUE J. AGADIR APTE 04 SABBANA

Tél : 0664227271 Total des frais engagés : 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: 02 31 05 74

Date de consultation : 15 SEP. 2022

Nom et prénom du malade : BERRABEH JAMAL Age : 71

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète - Insulino-dépendant

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 15/9/22

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

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
15 SEP 2022	CS		300	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/9/22	652,30

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	22/09/22					109,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Lot	Nature des Soins	Coeff	Montants															
LOT : 20E006 PER : 11 2023 AMAREL 2MG CP B30 P.P.V : 60DH40 			LOT 21F08 2 EXP 06 2025 PPV 99.50 DH															
LOT : 9MA017 PER : 02 2022 AMAREL 2MG CP B30 P.P.V : 60DH40 			MONTANTS PPV:147 DH 60 															
LOT : 27E002 PER : 07 2024 AMAREL 2MG CP B30 P.P.V : 60DH40 																		
LOT : 20E005 PER : 08 2023 AMAREL 2MG CP B30 P.P.V : 60DH40 			DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION															
LOT : 20E006 PER : 11 2023 AMAREL 2MG CP B30 P.P.V : 60DH40 			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
D	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
G																		
LOT : 19E001 PER : 06 2022 AMAREL 2MG CP B30 P.P.V : 60DH40 			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur 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

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

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليسترول
بالموعد

PHARMACIE DE L'HOPITAL SAH A.U.
Angle Bd Zerkouni Et Rue D'agadir
Casablanca

15 SEP. 2022

BERRAREH Jamal

Traitement
Pour 3 Mois

Amaral sup

12x2/1. 6x60,40 = 362,40

Clycan 85

12x2/1. 2x20,40 = 42,80

Fenopal 200

1x99,50 = 99,50

Flotal 10

1x17,60 = 17,60

Glucose Ox Cell/Sm

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

Lancets

1x100 = 100

Bandalets 25x1x30

39, شارع رهايل المسكيني - الطابق (2) - الدار البيضاء - الهاتف (عيادة): 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

ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° : FC2205426

BERRABEH JAMAL

Date	CLIENT	PAGE
22/09/22	34210475	1

ESP

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
ESP	SHOWROOM	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
81902756	1	GLUCOMETRE CONTOUR PLUS	20%	100,00	100,00

ORLIMEDIS NEGOCE SARL
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun
et Rue de la Place - Casablanca
Tél : 05 22 20 39 39 / 05 22 20 39 39

MT HT	TVA	MT TVA
83,33	20%	16,67

Total HT	Mt TVA	Total TTC
83,33	16,67	100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
100,00

DHs