

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 (L.G.) - Fax : 05 22 77 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-419849

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1155 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAHRI LAHCEN

Date de naissance : 30/06/1950

Adresse : 52 RUE NOUAKCHOT BEUTDIA CASSA

Tél. : 0674011573 Total des frais engagés : 682,10 + 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
D<sup>r</sup> MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASSA  
TEL: 8.022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 71

Date de consultation : 27/06/2019

Nom et prénom du malade : BOUHASSOU KHADIZA Age : 63

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

Nature de la maladie : 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 : CASABLANCA Le : 17/06/2019

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-419849

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 : 1155

Nom de l'adhérent(e) : DAHRI

Total des frais engagés : 682,10 + 250,00

Date de dépôt :



| 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 |
| 17/06/2019  | C8                |                       | 250                             | INP : 001113120  |
| <b>DR MIKOU A.</b><br><b>ENDOCRINOLOGIE DIABÉTÉ</b><br><b>39, BD. RAHAT EL MESKINI - CASA</b><br><b>Tél: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74</b> |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|  | 17/06/2019 | 682110                |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

| 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.

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|---|---|------------------|--|--|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| Important :<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF. |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient                              | INP : <input type="text"/>                   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                  |  | H  |  | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H   |                  | H  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | 25533412  | 21433552         |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | D   |                  | G  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | 35533411  | 11433553         |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | B   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

☒ valable 3 mois

Le 17 JUIN 2019

Mle 1155

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

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

Diabète, hyper

3 ans

an

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



# 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 .....

17 JUIN 2019

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليسترول

بالموعد

Me 1155

Angle Rue Hadj Omar Riffi & Bd d'Alsace  
Casablanca Tél: 05 22 22 17 04  
PHARMACIE PORTAIRE  
LAHLOU Mohamed

S.V.

Traitement  
Pour 3 Mois

S.V.

6 118001 101153  
LODOZ 5/6,25 mg,  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV : 74,00 DH

7862160244

Dr MIKOU A.  
ENDOCRINOLOGIE DIABETE  
39, شارع رجال المسكيني - الطابق (2) - الدار البيضاء - الهاتف (عيادة) : 05 22 31 16 30 - 05 22 31 06 74  
ini - 2ème étage - Casablanca - Tél. : 05 22 31 16 30 - Tél./Fax : 05 22 31 06 74  
e-mail: familmikou@gmail.com

6 118001 101153  
LODOZ 5/6,25 mg,  
Comprimés pelliculés B/30

7862160244

6 118001 101153  
LODOZ 5/6,25 mg,  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV : 74,00 DH

7862160244

39, شارع رجال المسكيني - الطابق (2) - الدار البيضاء - الهاتف (عيادة) : 05 22 31 16 30 - 05 22 31 06 74  
ini - 2ème étage - Casablanca - Tél. : 05 22 31 16 30 - Tél./Fax : 05 22 31 06 74  
e-mail: familmikou@gmail.com

78 70

7870 x 3 = 236,10

28 00

74,10 x 3 = 222,30

28,00

74,10 x 3 = 222,30

74,10