

## 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

- 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W19-419849

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 1155 Société : Royal AIR MAROC			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DAHRI L GHEN			
Date de naissance : 30/06/1980			
Adresse : 52 RUE NOUAKCHOT BENJADIA CASA			
Tél. : 0670011573 Total des frais engagés : 682,10 + 250,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR MIKOU A. ENDOCRINOLOGIE DIABETE 39, BD. RAHAL EL MESSINI - CASA TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 71			
Date de consultation : 27/06/63			
Nom et prénom du malade : Bouhassou KHADIJA			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Diabète et hypertension			
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 ADHÉRENT	
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).	
Matricole :	1155
Nom de l'adhérent(e) :	DAHRI
Total des frais engagés :	682,10 + 250,00
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
17/08/2018	Cl		250,-	INP : 091113 \$ 20 DR MIKOU A ENDOCRINOLOGIE DIABETE BAHALLE MESKINI - CASA FAX:022 31 06 74

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MURAILLE 12 RUE HENRI IV 63200 CUSSET	12/06/19	682,10

## 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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

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

## 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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

valable 3 mois

Le 17 JUIN 2019

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

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

Certifie que MHe, Mme, M. : Daté le : 10/06/2019

Présente .....

Nécessitant un traitement d'une durée de : .....

Dont ci-joint ordonnance : .....

(à défaut noter le traitement prescrit) .....

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

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

# Docteur MIKOU Abdelhaq

الدكتور ميكو عبد الحق

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

+3

Société Francophone du Diabète

Association Européenne pour l'Etude du Diabète

Groupe Méditerranéen pour l'Etude du Diabète

+3

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليسترونول

بالموعد

LAHLOU Mohamed  
PHARMACE PETIT AIRE  
PHARMACE

17 JUIN 2019

Casablanca, le .....

30 V

Traitement  
Pour 3 Mois

78 70 DAHRi Khadij  
287 x 3 = 236,10

28.00 - 1 g b atar

28 x 8 = 224. 1 g b dr

28.00

1 kg at  
1 g - 1.

74,00 x 3 = 222. -

dog 5/6.4

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

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

7862160244

7862160244

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

7862160244

682,10

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

39. شارع رحال المسكنيني - الطريق (3) - الدار البيضاء - الهاتف (عيادة) : 05 22 31 16 30 - 05 22 31 16 30 -  
ini - 2ème étage - Casablanca - Tél. : 05 22 31 16 30 - Tél./Fax : 05 22 31 06 74  
e-mail:famillemikou@gmail.com

DR MIKOU  
ENDOCRINOLOGIE  
EL MESKINI - CASA  
T 05 22 31 16 30 - FAX:0522 31 06 74