

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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

N°D. 11656.

Déclaration de Maladie : N° P19-0017987

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 26.11

Société :

Actif

Pensionné(e)*

Autre :

Nom & Prénom : REKKALI Ahmed Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1572,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR MIKOU A.
ENDOCRINOLOGIE DIABETE
39, BL. 16 - EL MESKINI - CASABLANCA
TEL:022 31 16 30 - FAX:022 31 06 74

Date de consultation : 16 DEC 2019

Nom et prénom du malade : REKKALI Ahmed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète - 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 : les solleilce

Signature de l'adhérent(e) : 10.12.2019 Le 10 DEC 2019

ACCUEIL

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
6 DEC 2018	65		250-	DR MIKOU ENDOCRINOLOGIST 39, BD ZAHAI EL TELE: 022 31 16 30 - 022 31 06 71 VIL - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE Mme LEBBAR KHALY 26, Bd Brahim Reoudani Casablanca Tel.: 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 20	6.12.18	322.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

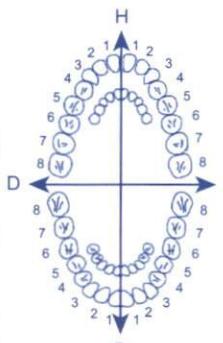
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'heure.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

الدكتور ميكو عبد الحق
خريج كلية الطب بجامعة الترواندي
Mme LEBBAR Khadija Et MIKOU
26, Bd Brahim Roudani
Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 12
اختصاصي في
أمراض الغدد، مرض السكري

Obésité - Maigreur - Maladies du Cholestérol
- Goitre -

السمنة و أمراض الكوليسترول
بالموعد

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

- 6 DEC. 2019

Casablanca, le

Dr BEKKALI Ahmed
Rx. 10/10/2019
Metformin 500 mg x 2 / Traitem. 3 mois
Fenogal 200 mg x 2 / S.V.
322. 40

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

39, شارع رحال 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

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 8MA036V
PER.: 11 2021
6 118000 062134

LOT 79820 1
EXP 02 2023
PPV 110.00 DH
LOT 1008 1
EXP 10 2022
PPV 110.00 DH

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 8MA036V
PER.: 11 2021
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 8MA036V
PER.: 11 2021
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 8MA036V
PER.: 11 2021
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 8MA036V
PER.: 11 2021
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 8MA036V
PER.: 11 2021
6 118000 062134