

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 26.11 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DEKKALI AHMED

Date de naissance : 01-01-1958

Adresse : 3 Rue Hafid, Ibisium App. n° 4 -

Quartier Ghoufi

CASABLANCA 20060

Tél. : 0661427832 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : /

Signature de l'adhérent(e) :



g. Ali

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires PHARMACIE Date: <u>10/09/2015</u> Montant de la facture: <u>178,40</u> ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date: _____ Désignation des Coefficients AUXILIAIRES MEDICAUX Date: _____ Nombre <table border="1"> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires				
H	25533412	21433552																								
D	00000000	00000000																								
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
AM	PC	IM	IV		Montant détaillé des Honoraires																					

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle	
DECLARATION N°	W18-400333		
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
 Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-400333

DATE DE DEPOT

13/Sept/2015

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 26/11

Nom & Prénom BEKKALI Ahmed

Fonction : Phones:

Mail :

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date: 10/09/2015

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date:

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date:

Nombre

AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires

الدكتور ميكو عبد الحق

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

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليسترول

بالموعد

Casablanca, le 10 SEP. 2019

Bekkak, Ahmed

4x 17,10

(S.) Metformin 850 mg b.i.d

43

4x 110,00

Fenogel 200 mg b.i.d. Afinsu 2

T = 178,40

Dr MIKOU A.
ENDOCRINOLOGIE DIABÈTE
39, BD. RAHAI EL MESKIN - CASA
TEL: 022 33 16 30 - FAX: 022 31 06 74

39, شارع رحال المسكيني - الطابق (2) - الدار البيضاء - الهاتف (عيادة) : 05 22 31 16 30 ; هاتف وفاكس: 05 22 31 06 74
39, Bd Rahai El Meskini 2^{ème} étage Casablanca - Tél. : 05 22 31 16 30 - Tél./Fax : 05 22 31 06 74
e-mail:famillemikou@gmail.com

PHARMACIE ROUDANI
Mme LEBBAR Khadija EP MIKO
BP 2222 Casablanca
Tél: 05 22 31 16 30
e-mail: famillemikou@gmail.com

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
LOT : 9MA040
PER.:01/2022
P.P.V :17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
LOT : 9MA040
PER.:01/2022
P.P.V :17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
LOT : 9MA040
PER.:01/2022
P.P.V :17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
LOT : 9MA040
PER.:01/2022
P.P.V :17DH10

6 118000 062134

LOT / 18J08 1
EXP / 10 2022
PPV 110.00 DH