

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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



Déclaration de Maladie : N° P19-0009076

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02601 Société : MD-30686

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. BIRKOU M. Naji Date de naissance : 07/01/1938

Adresse : 35 Cours des Sports 20200 CASABLANCA

Tél : 0662 5121 54 Total des frais engagés : 2595,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Date de consultation : 25 JAN. 2020

Nom et prénom du malade : L. AHLON Najda ép. M. BIRKOU

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 : 25/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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
25 JAN 2020	CS		250 -	

Actes
Cs

250 ✓

Illés	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des A
-------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie du CAF Mme CHAOUA MIRA 1 Rue Al Oukhouate, Beauséjour Casablanca - Tél: 05 22 22 22 22	25/01/2025	2345.00

Pharmacie du CAF
Mme CHAMIR
1 Rue Al Oukhware
Casablanca - Tél. 05 22 39 89 73

25/01/2025 2345.00

[illegible]

224

A number line with points A and B. Point A is at -1 and point B is at 2.

[illegible]

**Cachet et signature
du Praticien**

Date des Soins

Nombre		
A M	P C	I M

10

100

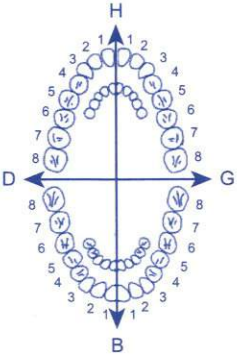
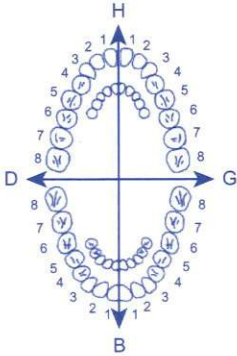
--

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

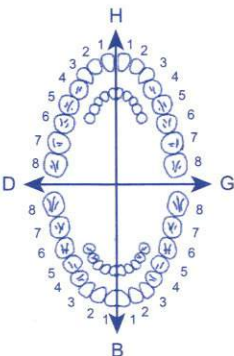
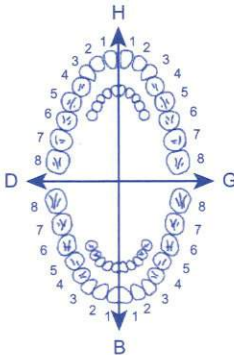
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) 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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					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			
		<div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D G</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			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 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

25 JAN. 2020

LADICOU M-falt

Traitement
Pour 3 Mois

Sanofi Novolog Flex

647.00 x2

12 v b an

12 v b an

841.00

12 v b an

Sanofi Levemir Flex

32 v b an

105.00 x2 Sanofi steth

Sanofi

2345.00

Pharmacie du CAF الكاف صيدلية
Mme CHAOUI SAMIRA
1 Rue Al Oukhroune Brazeiljou
Casablanca - Tél: 05 22 31 16 30 - 73

DR MIKOU ABDELHAQ
ENDOCRINOLOGIE DIABETE
39, Bd RAHAL EL MESKINI - CASA
05 22 31 16 30 - FAX: 05 22 31 06 74

39, شارع رحال المسكيني - الطابق (3) - الدار البيضاء - الهاتف (عيادة): 05 22 31 16 30 - هاتف و فاكس: 05 22 31 06 74
39, Bd Rahal El Meskini - 2ème étage - Casablanca - Tél.: 05 22 31 16 30 - Tél./Fax : 05 22 31 06 74
e-mail: familemikou@gmail.com

8-9670-73-270-1
NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH
6 118001 121304

8-9670-73-270-1
NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH
6 118001 121304

8-9670-73-270-1
Levemir® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH
6 118001 121281

-- LAPROPHAN --
PPV : 841DH00

Contour™ plus
كونتور بلس / كنتور پلاس

25
Test Strips
Bandelettes
réactives
شريط اختبار
نوار تست

105.00

REF 84627446

Contour™ plus
كونتور بلس / كنتور پلاس

25
Test Strips
Bandelettes
réactives
شريط اختبار
نوار تست

105.00