

# Docteur Marouane HAKAM

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne des hôpitaux de Casablanca

## OMNIPRATICIEN

Gériatrie – Gérontologie  
Suivi des maladies chroniques  
Troubles du sommeil  
Douleurs chroniques

Echographie  
Electrocardiographie

Salon offi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Ain sebâ Casablanca

Enterofermina, susp b 10 fl

P.P.V : 60,00 DH

الدكتور مروان حكم

خريج كلية الطب و الصيدلية بالدار البيضاء

داخلي سابق بمستشفيات الدار البيضاء

Divid<sup>Q</sup>  
Diclofenac Sodium

AMM N° 528/17DMP/21/NRQ/R1

N° Lot. 07J517

Fab. 06/2020

Per. 06/2023

P.P.V. 51.40 MAD

75mg

طب الشيخوخة  
متابعة الأمراض  
اضطرابات النوم  
الألم المزمنة

الشخص بالصدى  
تخطيط القلب

Casablanca, le 12/08/2011

## ORDONNANCE

Nom et prénom

Mme NAITA 48 ans

~~41011~~

51,40 MAD 04/2020

Gé 1

S.V

1 Gé 1 x 21 j soit 3 j

60,00

2/ ENTEROGERMINA Amp

S.V

1 Amp x 3 j

111,40

Docteur Marouane HAKAM  
Médecine générale  
89, Bd Stendhal, Apt 7 3<sup>ème</sup> étage  
Val fleuri - Casablanca  
Tél: 05 22 25 87 48 - INPE: 09 12 02 782

PHARMACIE GOURAUD  
Tél: 05 22 27 71 45  
Av. M.Y Hassan Fer  
Casablanca  
142, Rue  
HABIB ACHCHI  
Kasbah

## 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
12/08/21	CS		2970.15	 Docteur Mounane HAKAM Médecin Général 89, Bd Sidi El Hidj, Apt 7 3ème Etg Ville Nouvelle - Casablanca Tél : 05 22 25 87 48 - INPE : 091262702

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Demandeur du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MAJESTE SQUAAR 142, Av. My Hassan 1 <sup>er</sup> Casablanca Tél. : 05 22 27 71 45 M. Khadija	12/08/21	111,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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'ORL.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# 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.

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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



Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4384

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ASMI / Naima

Date de naissance :

21/01/1954

Adresse :

66, A - Nam Elay - Talaous - 1<sup>er</sup> CASABLANCA - N°6

Tél. :

0661332869

Total des frais engagés : 111,60 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Marouane HABIB  
Médecine générale  
89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg  
Val fleuri - Casablanca  
Tél: 05 22 25 57 40 - INPE: 001242782

Date de consultation :

12/08/2021

Nom et prénom du malade :

Mme Naima ASMI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sigmoidite

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 :

13/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

9

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0003003

80659

Optique

Autres

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019