

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 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° W21-643921

235126

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4126

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENAHANI RABEHA NAZHA

Date de naissance :

30-11-52

Adresse :

1^{er} N° 4 VII^e AVENUE - BOUT DU GOUVE
CITE FARAJIA 2150

Tél. : 06 61 15 36 31

Total des frais engagés : 759,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

01/08/2022

Nom et prénom du malade :

DR BENAHANI RABEHA NAZHA Age:

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 : CASA

Le : 01/08/2022

Signature de l'adhérent(e)

BENAHANI RABEHA NAZHA

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 18/02/2010 | CS | | 300 | INP : DR MIKOU A ENDOCRINOLOGIE DIABETE 39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA T : 022 21 16 30 - FAX: 022 21 06 74 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourneur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  PHARMACIE TADART LAMSEERWAISSA Tel: 05 22 28 21 67 21 Bd. Route Tadert Bachkou - Casablanca | 21/08/22 | 455.30 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

Obésité - Maigreux - 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

Casablanca, le 01/09/2008

199, 0.
- tegumax 20
S.V.

54. 0.
- Prinzenka 10g
1 n.s
S.V.

MB, 0.
- Ronaprox 100
1 n.s
S.V.

49, 60
- D. am. 10
1 n.s
S.V.

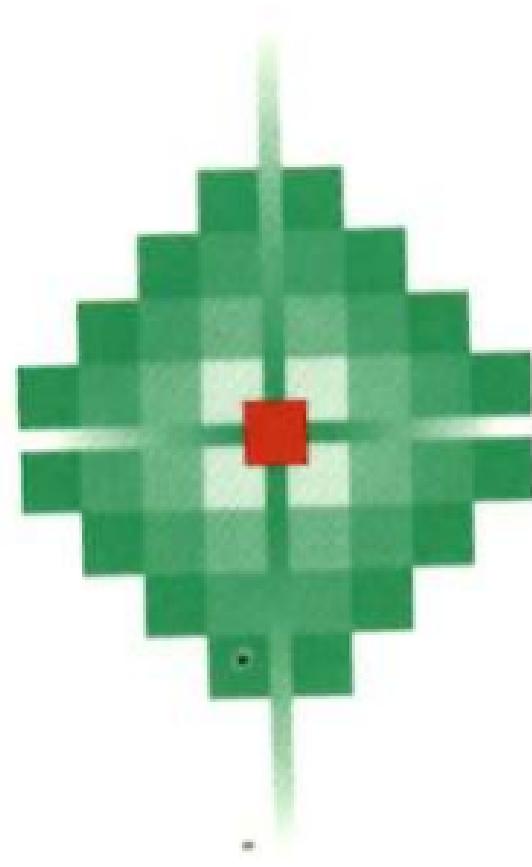
21.50 21.50 tous les jours
43.07 Lipofenax 100
1 n.s
S.V.

199, 30



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

18 GELULES



voie orale

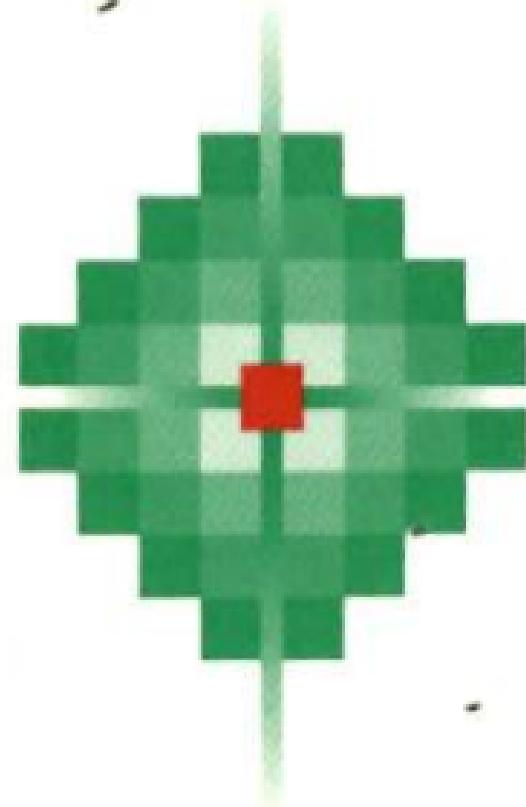
תאריך: 21 דצמבר
טיפס: 11/2000
קוד: 63256



MIGRAINE

®

MIGRAINE



18 GELULES

VOIE ORALE

20150

PFV 290160
PER 01124
L01 19500

6 118000 011323



CP SEC B14
PRIMALAN-10MG

Maroc.

Quartier industriel, Zenata Aïn Sebaâ,

Km 10, route Cdtière 111,

maphar

Fabriqué sous licence par :

PIERRE FABRE MEDICAMENT



لِيَقْدِمُ - لِيَكُونُ مُرْتَبَةً لِيَنْهَا
Uniquement sur ordonnance - Liste I

لِيَنْهَا مُرْتَبَةً لِيَكُونُ

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES



لِيَنْهَا

لِيَأْتِي ۱۰ ملليلتر

۰۴۱۵

SMB



AMM N° : 24/16DMP/21/NNP
108, Rue Piletre Parent, Casablanca, Maroc.
Les laboratoires ERGO MAROC

ERGO MAROC

Importé par :

Vitamine D3

Cholecalciferol 100 000 UI

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH

LOT: 21I16

EXP: 09/2024

التركيبة:

رابيرازول الصودي 20 ملخ
الاسوغا كمية كافية لكل قرص.

الارشادات العلاجية، موانع الاستعمال، الجرعة
واحتياطات الاستعمال: إقرأ النشرة بالداخل.

يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25 درجة مئوية،
بعدا عن الرطوبة.

PPV: 113 DH 70

Composition:

Rabeprazole sodique (DCI) 20 mg

Excipients q.s.p. un comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas

25°C, à l'abri de l'humidité.

رانسيفيكس®

رابيرازول الصودي

RANCIPHEX® 20 mg

28 comprimés gastro-résistant

Voie orale



6 118001 300808

20 ملخ

28 قرصا مقاوما
لحموضة المعدة
عن طريق الفم

LOT : 220591

EXP : 05/2025

PPV : 199,00DH

UT.AW:

LOT N° :

PPV (DH) :



250
دواعي
mg

أقراص قابلة للكسر
28 X

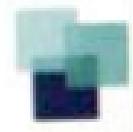
28 X

O

28 comprimés sécables
TEGUMA® 250 mg



6118001101054



٢٨ مدة دose زجاجة زجاجة

