

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 canaux, 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 canaux.

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

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° W21-777293

155738

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13167 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERRADA HASNAA

Date de naissance : 08/05/1985

Adresse : 20 Avenue Mohamed Lyazidi, Hay Riad, Rabat

Tél. : 06 66 60 00 73 Total des frais engagés : 343,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Marouane HAKAM
Médecine Générale
89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg
Val fleuri - Casablanca
Tél: 05 22 25 87 48 - INPE: 091282782

Date de consultation : 30/03/2023

Nom et prénom du malade : Hasnan Benada

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 2ème pharyngite aiguë

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.

03 AVR. 2023

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 : 03 / 04 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

BN

[illegible]

attestant le Paiement des Actes
INP : 091282782
Docteur Marouane HAKAM
Médecine générale
69, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg
Val fleuri - Casablanca
Tel : 05 22 25 87 48 - INPE : 091282782
Montant de la Facture

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22	143,10
	23	
	23	

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

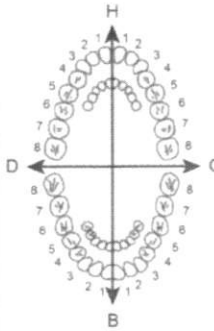
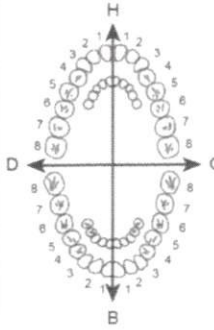
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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

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'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Marouane HAKAM

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

الدكتور مروان حكم

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
داخلي سابق بمستشفيات الدار البيضاء

OMNIPRATICIEN

طبيب عام

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

Echographie
Electrocardiographie



طب الشيخوخة
متابعة الأمراض المزمنة
اضطرابات النوم
الآلام المزمنة

الفحص بالصدى
تخطيط القلب

30/03/2023

MME BERRADA HASNAA

- **Hivernex - sachet**
1 sachet ftour et shour pendant 5 jours
- **Apixol Confort Nasal - spray nasal**
1 Application, matin, midi, soir pendant 1 semaine
- **Doliprane 1g - comprimé sécable**
1 Comprimé, Ttes les 6 h si douleur, fièvre ou frissons



Docteur Marouane HAKAM
Médecine générale
89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg
Val fleuri - Casablanca
Tél: 05 22 25 87 48 - INPE: 001262782



PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
77, Ave Al Bachir Laabou
Cité Al Madinat - Casablanca
Tél: 0522 25 86 06 - Tél: 0015123456

Tél : 05 22 25 87 48 – email : m.hakam@gmail.com
89, Bvd Stendhal, Apt 7 3ème étage. Val fleuri – Casablanca
89, شارع سطنال ، رقم 7 الطابق 3. فال فلوري - الدار البيضاء.

ضد الأعراض الشتوية

هيفرنكس

HIVERNEX®

ZINC - VIT C

Echinacée - Cassis - Reine des prés - Plantain

CONTRE LES SYMPTÔMES HIVERNAUX

SANS SUCRE



LOT 107926/FC7

PER 12/2025

PPC 54,00

10 Sticks

Arôme orange

Complément à base d'édulcorant - Poids net : 35 g



HIVERNEX® 10 Sticks
CONTRE LES SYMPTÔMES HIVERNAUX



6 111255 810611

Fabriqué par
PHYTEO Laboratoire
Z.A. LE COMTE
03340 BESSAY SUR ALLIER
FRANCE

Importé et distribué par

RAMO PHARM
4, Rue Al Oukhouane, Beauséjour
20200 - Casablanca



Complément alimentaire n'est pas un médicament
N° Certificat d'enregistrement : DA20191704250DMP/20UCA/MAv3

72X25X125