

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

- 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.

N° W21-784256

Benmami

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <u>4126</u>		Société : <u>EST</u> <u>Golele</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>BENMAMI MOHAMMED</u> <u>164761</u>
Nom & Prénom : <u>BENMAMI MOHAMMED</u>			
Date de naissance : <u>21-11-52</u>			
Adresse : <u>TR AVOCATE 1104 villa YOUSSEFI</u>			
..... <u>AN ETOCK 20150 CASABLANCA</u>			
Tél. : <u>06 61 15 36 31</u>	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<u>DR MIKOU A.</u> <u>ENDOCRINOLOGIE DIABETE</u> <u>39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA</u> <u>TELE:022 31 16 30 - FAX:022 31 06 74</u> <u>, 06/04/2023</u>	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : <u>BENMAMI MOHAMED</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <u>SCHIZOPHRENIE</u>	
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 Signature de l'adhérente(e) : Benmami
 Le : 06/04/2023



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
06/4/13	g		300 f	INP : 09 M 130 76. DR MIKOU A. ENDOCK NORMAINE DIABETE 39, BD. RAINIERE CASA TÉL : 20 54 06 74

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Représentant	Date	Montant de la Facture
 LAMSEFER Wassil 101-05-22-21-67 Bd. Route Tadart Bachkou-Cass.	06.04.2023	290,02

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																	
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.																	
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>													
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>													
DEBUT D'EXÉCUTION				<input type="text"/>													
FIN D'EXÉCUTION				<input type="text"/>													
	O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES																
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				<input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411		<input type="text"/>
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	11433553														
	B	35533411															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<input type="text"/>												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>													
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>													
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>													
DATE DE L'EXÉCUTION				<input type="text"/>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																	

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 06/04/2023

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة و أمراض الكوليستروول
بالموعد

29,70

- Atorvastat

7,5

Jean BENNANI Oncopax

22,50

- Tiflafazine

7,5

82,60

- Albuter - Z

7,5



35,70

- Alprazolam

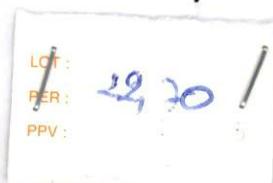
7,5

27,80 X

- Dagen

7,5

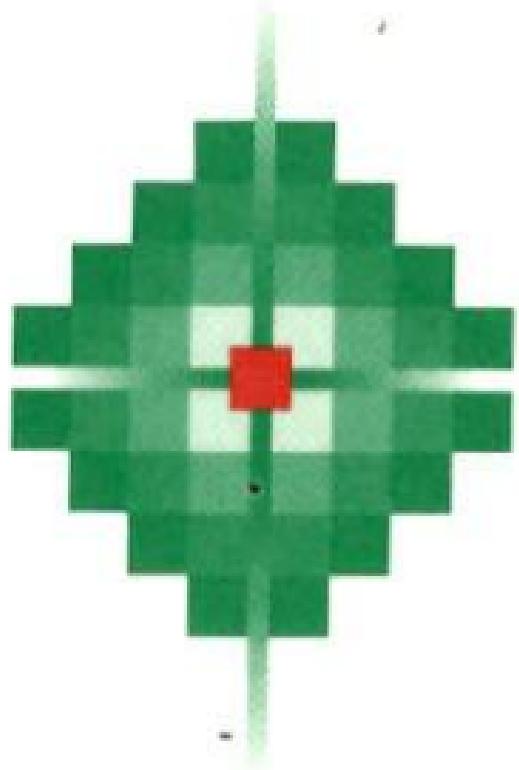
Dr. MIKOU A.
ENDOCRINOLOGIE DIABETE
39/Bd. RAHAL EL MESKINI - CASA
Tél: 02 22 31 16 30 - Tél./Fax: 05 22 31 06 74
e-mail:famillemikou@gmail.com - INPE:091113076



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 - INPE:091113076

®

MIGRALE GINNE



VOIE ORALE

P P V 2 1 D H 5 0
P E R 0 5 / 2 4
L O T L 1 8 8 5

18 GELULES

bottu

SZ, Alte des Cassements - Alin Sébastien - Casablanca
S. Bechouchi - Pharmacien Responsable

3 Comprimés
sécables

500 mg

voie orale

AZIX®
Azithromycine

PPN 790H70
PER 01/25
LOT 6304

10 mg

Voie orale
Oral route

ALER-Z®

Cétirizine



Comprimés pelliculés sécables /
Scored film-coated tablets

28 x



COOPER
PHARMA



LOT
EXP
PPV

COOPER PHARMA
LOT : 211007
PER : 06 - 2024
PPV : 82,60 DH



دواء
مستحضر

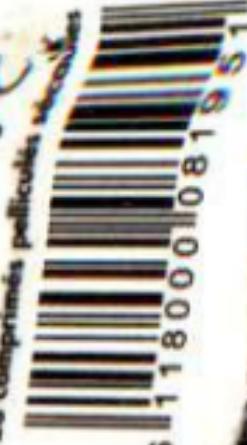


أقراص مغلفة قابلة للكسر
28 x

مدة صالح

٢٤
٣٠
٣١
٣٢
٣٣
٣٤
٣٥
٣٦
٣٧
٣٨
٣٩
٤٠
٤١
٤٢
٤٣
٤٤
٤٥
٤٦
٤٧
٤٨
٤٩
٥٠
٥١
٥٢
٥٣
٥٤
٥٥
٥٦
٥٧
٥٨
٥٩
٦٠
٦١
٦٢
٦٣
٦٤
٦٥
٦٦
٦٧
٦٨
٦٩
٧٠
٧١
٧٢
٧٣
٧٤
٧٥
٧٦
٧٧
٧٨
٧٩
٨٠
٨١
٨٢
٨٣
٨٤
٨٥
٨٦
٨٧
٨٨
٨٩
٩٠
٩١
٩٢
٩٣
٩٤
٩٥
٩٦
٩٧
٩٨
٩٩
١٠٠

ALER-Z® 10mg
28 comprimés pelliculés



COOPER
PHARMA

Alpraz[®]

Alprazolam



LOT
EXP
PPV

212671 1
10 2024
35.70



دارزين 10.000 وحدة
سرايبارز

40 قرصا ملبيسا

معدى - مقاوم

عن طريق الفم



مخابر سنتيميل
20 - 22 زهرة زعير بن العوام
الصخور السوداء - الدار البيضاء

٤٨٦٥٠

PPV :

EXP :

Lot N° :