

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1215

Société : RAM 172530

Actif  Pensionné(e)

Autre : Re Maroc Kel

Nom & Prénom : Zi Kai Azi Zee

Date de naissance :

Adresse : Sofiane

Tél. : 0661194838

Total des frais engagés : 300 430 617 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/08/2023

Nom et prénom du malade : Hass 21521 A212A

Age : 42

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA + Diabète type II + Hypothyroïdie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/08/2023

### 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
11/06/23		1	200,00	Docteur M. HAKAM 69, Bd Stalingrad - Casablanca Tél: 05 21 25 97 48 - INPE 1010

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KOUKOUNIS	13/06/23	1061,70
	2023	

### ANALYSES - RADIographies

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

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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  
 Diplômé universitaire de Gérontologie - Gérontologie  
 de l'Université de Bordeaux

## OMNIPRATICIEN

Gérontologie- Gérontologie  
 Suivi des maladies chroniques  
 Troubles du sommeil  
 Douleurs chroniques  
 Santé mentale  
 Echographie  
 Electrocardiographie

## الدكتور مروان حكم

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
 داخلي سابق بمستشفيات الدار البيضاء  
 دبلوم جامعي في طب الشيخوخة - علم الشيخوخة  
 من جامعة بوردو - فرنسا

## طبيب عام



طب الشيخوخة

متابعة الأمراض المزمنة

اضطرابات النوم

الألام المزمنة

الصحة النفسية

الفحص بالصدى

13/06/2023 تخطيط

$92,00 \times 3 = 276,00$  MME ZIKRI AZIZA

- Coversyl 5 mg - comprimé pelliculé sécable

1 Comprimé, matin pendant 3 mois

$38,80 \times 4 = 154,00$

- Maltofer 100 mg - comprimé

1 Comprimé, midi et 1 Comprimé à 20h pendant 2 mois

$69,00 \times 3 = 207,00$

- BIOFAR ACEROLA - Comprimé

1 Comprimé matin pendant 2 mois

$28,100 \times 6 = 168,00$

- Glucophage 1000 mg - comprimé pelliculé

1 Comprimé midi et 1 Comprimé soir pendant 3 mois

(R)

- Levothyrox 50µg - comprimé sécable

1 Comprimé, matin à jeun pendant 3 mois

(R)

- Hec - pommade

1 application par jour le soir (Sans toucher l'oeil)

$95,100 -$

- Septidol 8 - gel

Pour lavage quotidien matin et soir (Séchage en sans frotter ou séchoir) pendant 2 mois

$39,60 \times 2 = 79,20$

- Myk 1% - crème

Docteur Marouane HAKAM  
 Médecine générale

89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg  
 Val fleuri - Casablanca  
 89 , شارع سطنال ، رقم 7 الطابق 3. فال فلوري - الدار البيضاء  
 Tel: 05 22 25 87 48 - email : cabinethakam@gmail.com



Lot N° / A consommer de préférence avant fin :  
 Bat. BIOFAR VITA C ACEROLA CP BTE 20  
 PPC : 69,00

Ut Av | Lot :  
 11/2024 | 1279/4

IPHADERM

3 760049 895285

Poids net :  
 Net weight :  
 الوزن الصافي : 90 g



Lot N° / A consommer de préférence avant fin :  
 Bat. BIOFAR VITA C ACEROLA CP BTE 20  
 PPC : 69,00

Ut Av | Lot :  
 11/2024 | 1279/4

IPHADERM

3 760049 895285

Poids net :  
 Net weight :  
 الوزن الصافي : 90 g

IPHADERM

3 760049 895285

Poids net :  
 Net weight :  
 الوزن الصافي : 90 g

IPHADERM

3 760049 895285

Poids net :  
 Net weight :  
 الوزن الصافي : 90 g

IPHADERM

3 760049 895285

Poids net :  
 Net weight :  
 الوزن الصافي : 90 g

IPHADERM

**COVERSYL®**Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables**5 mg**

6 118000 100294

**COVERSYL®**Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables**5 mg**

6 118000 100294

**COVERSYL®**Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables**5 mg**

6 118000 100294

38,50

**Maltofer®**

Fer (III)

Comprimés pelliculés boîte de 30

Fer (III)

Comprimés pelliculés boîte de 30

6 118000 331902

92,00

92,00

92,00

92,00

38,50

1 application, matin, soir pendant 2 mois après lavage au septidol (sur les 2 pieds)

(R)

**• Addax Expert Ongles - solution filmogène**

1 Application, matin, soir pendant 2 mois (Après lavage de la surface des ongles des pieds)

32,10

**• Venoxyl - gel**

1 Application, soir sur les pieds et les jambes pendant 1 mois

Arrêter Nebilet / Dans 4 semaines : Automesure tensionnel et automesure glycémique (6 points)

~~PHARMACIE MAROUCHE  
LAHOUAR  
1992 - 98 - 92  
1991 - 95 - 92~~

28,00

**Glucophage® 1000mg**

30 Comprimés pelliculés

**Glucophage® 1000mg**

30 Comprimés pelliculés

**Glucophage® 1000mg**

30 Comprimés pelliculés

**Glucophage® 1000mg**

30 Comprimés pelliculés

**Docteur Marouane HAKAM**Médecine générale  
89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg  
Val fleur - Casablanca  
Tél: 05 22 25 87 48 - INPE: 001282782

LOT 230391

EXP 03/2026

PPV 28.00DH

MYK 1%  
CRÈME, tube de 15g

6 118000 120414

**Glucophage® 1000mg**

30 Comprimés pelliculés



LOT 230391

EXP 03/2026

PPV 28.00DH

MYK 1%  
مك 1%

39,50

**Glucophage® 1000mg**

30 Comprimés pelliculés

**MYK 1%**

CRÈME, tube de 15g

118000 120414

LOT 230008

EXP 02/2026

PPV 28.00DH

Prix  
LOT  
WF73 0225  
CO 250  
PER. 1**Glucophage® 1000mg**

30 Comprimés pelliculés



LOT 230008

EXP 02/2026

PPV 28.00DH

VE  
WF73 0225  
CO 250  
PER. 1