

# 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.

## 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 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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4126 Société : RAM - 180495

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Bennani Mohamed

Date de naissance : 30-11-52

Adresse : N° 4 villa Yasmine - 1007E ou GouGou -

AIN CITE EX.

Tél. : 0661153631 Total des frais engagés : 780,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 12/09/2023

Nom et prénom du malade : Bennani Mohamed Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DM

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 : 12/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : Bennani Mohamed



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
11/09/03	g.		750,00	DR. MIKAIL RAHMAN, M.D. ENDOCRINOLOGIST 10 RAHALE EL MESSAKI ST. 16300 CASABLANCA, MOROCCO TEL: 022 31 16 30 86 FAX: 022 31 16 30 86

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/02/23	480.90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	$  \begin{array}{r}  H \\  25533412 \quad 21433552 \\  00000000 \quad 00000000 \\  \hline  D \quad G \\  00000000 \quad 00000000 \\  35533411 \quad 11433553 \\  \hline  B  \end{array}  $			Coefficient des travaux
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				Date du devis
				Date de l'exécution

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

الدكتور ميكو عبد الحق

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في \*

أمراض الغدد، مرض السكر

السمنة وأمراض الكوليسترول

بالموعد

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 .....

12/09/23

9<sup>me</sup> BOURNAN, Wafaa

5770 3/11/20  
56,80 x 2

- Aldactone

4960 1<sup>er</sup> 5

- D.ure fli

1 an tous les 15 jours

- Cilentuo 10g

1<sup>er</sup> 1,

- Zithromax 100

1<sup>er</sup> 1;

- Delipan 100

1<sup>er</sup> x 2

- Prostaf

1<sup>er</sup> x 1;

44.00

48090



39, شارع رحال المسكنيني - 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<sup>eme</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05 22 31 16 30 - Tél./Fax : 05 22 31 06 74

E-mail:famillemikou2@gmail.com - INPE:091113076



الدكتور عبد العزى مختار

١٦٣

لا تخدعنا هذا الدواء في مكان تقدّس فيه

卷之三

العنوان / المنشئ

JOHNSON & JOHNSON  
SANTÉ BEAUTÉ FRANCE  
1 RUE CAMILLE DESMOULINS  
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX

HANSSEN CILAG

27100 VAL DE REUIL

IUNISIE AMM 11283011 MAROC AMM

№ 18ДМР/21/ННТ

377676F

247

44.00 DHS

Prix Public de Vente  
AMM 121/17DMP/21/NRC

Φ  
- Maroc

6 118000 050247

# **BIAFINE®**

## **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES**

## ERYTHÈMES SECONDAIRES À DES TRAITEMENTS RADIOTHÉRAPIQUES.

## BRÛLURES DU PREMIER ET SECOND DEGRÉ ET TOUTE AUTRE PLAIE CUTANÉE NON INFECTÉE.

CE MÉDICAMENT N'EST PAS UN PROTECTEUR SOLAIRE.



# زيثرومаксين

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 10 2024

P.P.V.

79 70

LOT N° : GP 9472