

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

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° P19- 045218

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4126 Société : R.A.M. 180425
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENNANI Mohamed
Date de naissance : 30-11-52
Adresse : N°4 Villa YASMINA - Route DU BOUGUEL
AIN CHOUK
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 : Sans doute

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 : Cas Le : 12/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
12/09/23	4		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/02/23	430,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

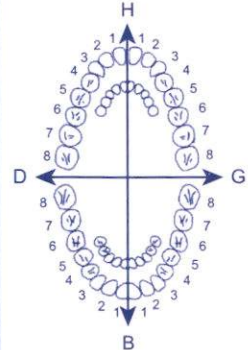
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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		
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Docteur MIKOU Abdelhaq

Diplômé de la faculté de
Médecine de Toulouse
Spécialiste en
Endocrinologie - Diabète
Maladies de la nutrition

Obésité - Maigreur - Maladies du Cholestérol
- Goitre -

Sur Rendez-vous

Membre de :

- SFD
- EASD
- MGSD

Société Francophone du Diabète
Association Européenne pour l'Etude du Diabète
Groupe Méditerranéen pour l'Etude du Diabète

Casablanca, le 12/09/23

M^{me} BEANNANI Wafae

5770 } 17130
56,80x2

- Aldactone

4960

1m;

- D. aux fols

1mg tous les 15 jours

1260

- Cilentruprog

1m;

7970

- Zithromax

1m;

1030

- Delipran

1m x 2

44.00

- Bisoprolol

1m x 1



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

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: familemikou2gmail.com - INPE: 091113076

ALDACTONE 50^{mg}

P.P.V: 56,80 DH



ALDACTONE 50^{mg}

P.P.V: 57DH70



ALDACTONE 50^{mg}

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

PPV: 49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

3 ampoules buvables

D-CURE[®] FORTE

Cholécalfcérol 100 000 UI
Vitamine D3



Importé par :

Ergo Maroc

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

SMB

TABLEAU A (Liste I)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126 DH 00

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT

CILENTRA[®]
Escitalopram

Doliprane[®]
PARACETAMOL

500 mg



DOULEURS
FIEVRE

Vole orale
20 COMPRIMES SECABLES

bottu s.a.
10, allée des Casanovas - Air Salé - Casablanca
S. Bouchou - Pharmacie Responsable

PPV: 10DH30
PER: 10/25
LOT: L3505

الحفظ بعيدا عن متناول

وبصر الأطفال.

- تحذير بخصوص الحفظ

لا تحفظ هذا الدواء في مكان تتدفق فيه
درجة الحرارة تحت الصفر.

الشركة المسالمة / المسالمة

JOHNSON & JOHNSON
SANTÉ BEAUTÉ FRANCE
1 RUE CAMILLE DESMOLINS
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX
قسم وعيون الشركة المسالمة

JANSSEN CILAG

DOMAINE DE MAIGREMENT

27100 VAL DE REUIL.

TUNISIE AMM 11283011

MAROC AMM

N° 18DMF/2/INTT



6 118000 050247

44,00 DHS

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



Maroc

377676

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.



زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 10 2024

P.P.V.

79 70

LOT N° : GP9472