

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 3 mois.



Déclaration de Maladie

N° W21-793831

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10648 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : SAAD AOUJ BAHSSOUN Henda

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 066142620 Total des frais engagés : Gross + 185 Mch

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/07/2018

Nom et prénom du malade : BAHSSOUNE Henda Age :

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

Nature de la maladie : Du leucos érythrocytaires et hyper

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 22/07/2018

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du dentiste attestant le Paiement
16/05/2023	G		300,00 dh	INP : 081116
	Echographie		300,00 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/05/23	1800

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

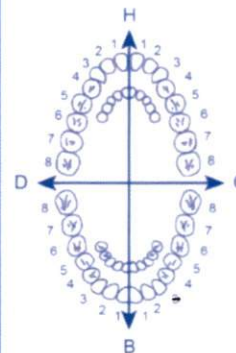
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

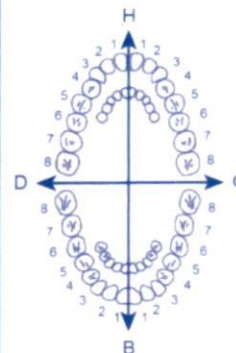
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COMPOSITION :
 Clidinium bromure (DCI)
 Chlordiazépoxide
 Excipients q.s.p
 Excipients à effet notoire :
 Lactose et saccharose.
 Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

Librax® 5 / 2,5 mg

30 comprimés dragés



6 118000 280019

(Hémorroïdes - Fissures - Fistules - Abcès)

OT:22152 PER:10/2025
 PPV:21.00 DH



الدكتور علي الودغيري

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد - اليواسير

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

عضو الجمعية الفرنسية الوطنية لأمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالأشعة مافوق الصوتية (التفاز)

الفحص الداخلي بالمنظار الفيديو للمعدة والأمعاء

جراحة اليواسير

Casablanca le : 1e 24/05/2023

Dr. BATISSBOUNE Houda

24/00

Librax 10259

14 le soir vers 18-19H

2x 18/10

Lexium

18/10

14/1

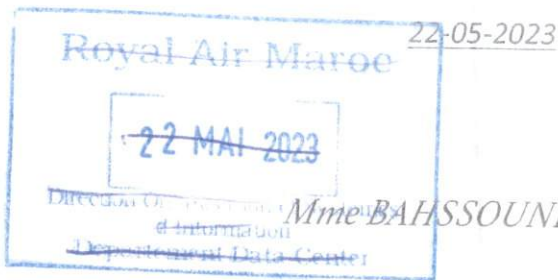




Dr. Ali OUDGHIRI

Hépatogastro-entérologue

46, Bd Bir Anzarane, Résidence Saad, 2^{ème} étage, App. N°3



Diplômé de la Faculté
de Médecine de Paris

Ancien assistant des
Hôpitaux de Paris

Ancien spécialiste des
Hôpitaux militaires du
Maroc

Endoscopie digestive
haute et basse

Endoscopie
interventionnelle

Cholangiographie
rétrograde per-
endoscopique (CPRE)

Echographie digestive

Chirurgie de l'anus
(fissure-fistule-
hémorroïdes)

Tel : 05-22-25-18-18

Fax : 05-22-25-42-42

E-mail:
a.oudghiri@menara.ma

Echoscopie (sans clichés)

CLINIQUE: Douleurs abdominales atypiques (TFI + DNU très probables). Multiples plaintes somatiques sans substratum médical précis. Exploration endoscopique.

Foie de taille normale et d'échostructure homogène. Les contours sont réguliers. VBP fine. VBIH non dilatées.

Vésicule biliaire alithiasique de paroi fine.

Pancréas bien analysé complètement malgré l'interposition de gaz intestinaux : aspect normal de la glande.

Reins normaux, sans dilatation des CPC surtout à droite. Pas de calcul évident visible.

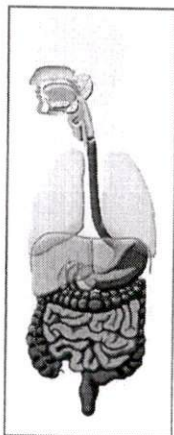
Rate de taille et de morphologie normale.

Pas d'épaississement digestif évident.

Aérocolie +++ sans grande signification pathologique.

Patiente devant bénéficier d'une fibroscopie haute.





Dr. Ali OUDGHIRI

Hépatogastro-entérologue

46, Bd Bir Anzarane, Résidence Saad, 2^{ème} étage, App. N°3

22-05-2023

Diplômé de la Faculté de
Médecine de Paris

Ancien assistant des
Hôpitaux de Paris

Ancien spécialiste des
Hôpitaux militaires du
Maroc

Mme BAHSSOUNE Houda

Note d'honoraires

Endoscopie digestive haute
et basse

- Consultation.....300 dhs.

Endoscopie
interventionnelle

- Echoscopie (sans clichés).....300 dhs

Cholangiographie
rétrograde per-
endoscopique (CPRE)

Echographie digestive

Chirurgie de l'anus (fissure-
fistule-hémorroïdes)

Tel : +2125-22-25-18-18

Fax : +2125-22-25-42-42

E-mail:
docteuroudghiri@gmail.com

Docteur Ali OUDGHIRI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Fon - Estomac - Intestin - Hémorroïdes)
46 Bd Bir Anzarane, Résidence Saad, 2^{ème} étage, App. N°3
e-mail : docteuroudghiri@gmail.com
Tél : +2125-22-25-18-18
Fax : +2125-22-25-42-42