

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0026717

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0001051 Société : AX4068
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZOULIEN HABIBA
Date de naissance : 1936
Adresse : 42 Rue chokiknassoumane Hay RAHA
Casablanca
Tél : 067912883 Total des frais engagés : 796,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/08/2023

Nom et prénom du malade : ZOULIEN HABIBA Age :

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

Nature de la maladie : Affection digestive

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 25/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
25.08.23	CS		+ 300 +	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/08/23	358,05
	25/08/23	98,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

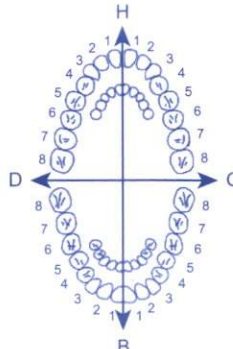
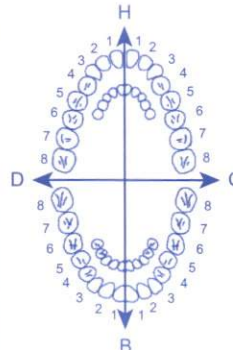
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr RAHMOUNI Imane
Hépto-Gastro-Entérologue

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
(UM655) et de l'université de Paris
Ancien interne du CHU pitié salpêtrière-Paris



د.ة. الرحموني إيمان
اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

خريجة كلية الطب محمد السادس
المعلوم الصحة بالدار البيضاء و جامعة باريس
طبيبة سابقة في المستشفى الجامعي بيتي سالتيرير بباريس

Maladies : Oesophage - Estomac - Intestin grêle
Colon - Rectum - Foie - Pancréas - Vésicule biliaire
Oncologie digestive - Nutrition et obésité
Echographie abdominale
Endoscopie diagnostique et interventionnelle
Proctologie (Hémorroïdes, fissure, suppurations anales...)

أمراض: المريء - المعدة - الأمعاء الدقيقة - القولون
المستقيم - البنكرياس - المرارة - الكبد
تشخيص أورام الجهاز الهضمي - التنظير والسمنة
الفحص بالصدى - الفحص وعلاج الجهاز الهضمي بالمنظار
أمراض الشرج

Casablanca le : **25/08/2023** : **الدار البيضاء**

Nom et Prénom : **Mme ZOUITEN HABIBA**

1 - CARBOSYLANE

1 dose, 3 fois par jour, 1 h après le repas, pendant 1 mois

2 - ALFLOREX

1 gélule par jour, après le repas, pendant 1 Mois

3 - MEGASFON

1 comprimé, 3 fois par jour, avant le repas si douleur

4 - DIGESTINE

1 gélule le matin, 1 gélule le soir avant repas pendant 7 jours

5 - RAZON 40

Chaque Jour(s), 1 gélule le matin, avant le repas, pendant 1 Mois

6 - NAUSELIUM

1 comprimé le matin midi et le soir, 1/4h avant le repas si nausée

T = 398,00
PHARMACIE AL AMANA
Mme A. Zouiten Samira
Docteur en Pharmacie
13 Rue Annanis Beausejou
Casablanca Tél: 05 22 39 09 70

Dr Rahmouni Imane
Hépto-gastro-entérologue
City Office, 5ème étage, Bureau D6 Hay Hassani
Tél: 05 22 39 27 65 - 06 65 14 47 45

سيني أوفيس، امامة ميسيمي رقم 58 مكرر، الطابق 4 المكتب D 6 الحي الحسني (فوق KFC امام مرجان الحي الحسني) - الدار البيضاء
City Office, 58 Bis. Lot. MISSIMI, 4^{ème} étage Appt. D6 Hay Hassani (au dessus de KFC, en face Marjane et McDonald's Hay Hassani) Casablanca

☎ 05 22 89 27 66 ☐ 06 65 14 47 45 ✉ Dr.rahmouni.imane@gmail.com

LOT: 129

EXP: 01-2027

Laboratoires SOTHEMA
CARBOSYLANE
Boîte de 96 gélules (48 doses)
PPV 74,00 DH



6 118001 070893

SYMBI **SYS**
alforex
pour le Syndrome de l'intestin irritable
Poids net: 7,5g

105002

2024/05

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 245,00 DH
CE N°: 34757/2019/DMP

10/504EE



LOT: 3180
PER: 03 - 25
P.P.V: 33 DH 00

10

comprimés orodispersibles
voie orale

LOT 223482 1
EXP 10 2027
PPV 46.00

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 12/2025
LOT 2D023 13