

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0037468

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1576 Société : RAM 1340  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BIKRI AHMED  
 Date de naissance : 07/1948  
 Adresse : Hay Moubaraka Pw3 Apt 5  
 Tél : 0613434145 Total des frais engagés : 882,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. SEMMAR ABDELMOUKHIT  
 Spécialiste de l'appareil Digestif  
 Rés. Yassine N° 2, Hay Moubaraka  
 Bernoussi - Tél: 05 22 76 78 25  
 Date de consultation : 16/10/23  
 Nom et prénom du malade : BIKRI AHMED Age: 1948  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : DR DIGESTIF  
 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 10/10/23  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

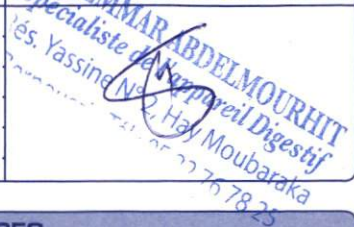
## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Médecin attestant le Paiement des Actes                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/10/23        | G2                |                       | 250,-                           |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 16/10/23 | 282.40 D.H            |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                              | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires  |
|--|----------|------------------------------|---|
|  | 16/10/23 | 350,-                        |  |
|  |          |                              |   |
|  |          |                              |   |
|  |          |                              |   |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

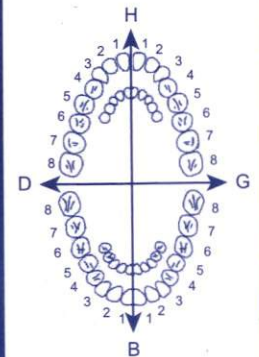
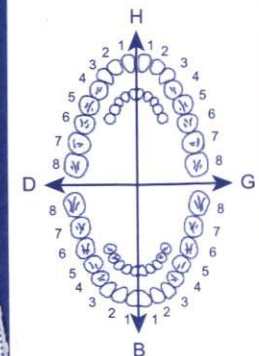
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 25533412   | 21433552         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | D  | G                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 35533411   | 11433553         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | B  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |

ET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. SEMMAR Abdemourhit

## GASTRO - ENTEROLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancien Médecin Spécialiste à la Polyclinique  
CNSS Sidi Bernoussi

## SPECIALISTE

Maladies de l'Appareil Digestif  
(Estomac - Foie - Intestin)

## PROCTOLOGIE

Hémorroïdes, Fissures, Fistule Anale  
Endoscopie Digestives  
Echographie Abdominale

# الدكتور السمار عبد المغيث

## خريج كلية الطب بباريس

طبيب اختصاصي سابق بمصحة  
الضمان الاجتماعي سيدي البرنوصي

## إختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي  
(المعدة - الأمعاء - الكبد)

أمراض المخرج وجراحة البواسير  
الكشف بالصدى

Casablanca, le : 16/10/23 : الدار البيضاء، في :

M<sup>r</sup>. BIKRI AL

CEST

30.00 / hr

Carbox am

79.50

mytum

149.00 / plex

Proodium = LOPERIUM

22.90

N° CE: 20212107654/V1/DMP/CA/18

N° Lot:

MMYC.102

Exp:

09/2022

À consommer avant la date EXP:

08/2025

PPC: 149.00 MAD

LOT 211538  
EXP 05/2024  
PPV 30.00DH

LOT: 230467  
PER: 05/2026  
PPC: 79.50DH

Dr. SEMMAR ABDELMOURHIT  
Spécialiste de l'Appareil Digestif  
S. Yassine N°2, Hay Moubaraka  
22 76 78 25

حي مباركة إقامة ياسين رقم 2 - زاوية شارع ميا  
Quartier Moubaraka Rés. Yassine N°2, Angle Bd. Mbarek Ben Boubker Hammadi et Rue H - Sidi Bernoussi,  
en Face de la Pharmacie Yafa - Casablanca - Tél.: 05 22 76 78 25 : الهاتف



# LOPERIUM®

Lopéramide

PRESENTATION

## COMPOSITION

|   |      |       |
|---|------|-------|
| PPV: ZZDN99<br>EXP: 07/26<br>LOT: M2579 |      |       |
| Lopéramide (DCI)<br>Chlorhydrate        | 2 mg | 40 mg |

## INDICATIONS

C'est un antidiarrhéique qui agit en ralentissant le transit intestinal et en réduisant les sécrétions intestinales.

Il est utilisé dans le traitement symptomatique des diarrhées.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- crise aiguë de rectocolite hémorragique,
- enfant de moins de 8 ans.

## ATTENTION

Des précautions sont nécessaires en cas d'insuffisance hépatique.

Ce médicament n'est pas adapté au traitement des diarrhées dues à certains antibiotiques.

Une diarrhée qui s'accompagne de torpeur, de soif, de fièvre ou de sang dans les selles nécessite rapidement un avis médical. Le traitement doit être arrêté dès que les selles recommencent à être formées. L'usage trop prolongé du médicament expose à un risque de constipation important.

Si vous devez conduire, ou utiliser une machine dangereuse, assurez-vous préalablement que ce médicament n'altère pas votre vigilance.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Les études actuellement disponibles n'ont pas mis en évidence de problème particulier lors de l'utilisation ponctuelle de ce médicament chez la femme enceinte.



# ORDONNANCE

CASA Le 16/10/23

M<sup>r</sup> BIKI. AHMED

facture honoraire

Echographie abdominale 350 DH  
trois cents cinquante dirhams

Dr. SEMMAR ABDELMOURHIT  
Spécialiste de l'appareil Digestif  
rés. Yassine N° 2, Hay Moubaraka  
Tél. 77 678 25

**Dr SEMMAR Abdelmourhit**

**GASTRO – ENTEROLOGIE**

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris  
Ancien Médecin Spécialiste à la Polyclinique  
CNSS Sidi Bernoussi

**SPECIALISTE**

Maladie de l'Appareil Digestif  
(Estomac – Foie – Intestin)

**PROCTOLOGIE**

Hémorroïdes, Fissures, Fistule Anale

Endoscopie Digestive

Echographie Abdominale

**الدكتور السمار عبد المغيث**

خريج كلية الطب بباريس

طبيب اختصاصي سابق بمصحة الضمان الاجتماعي  
سيدي البرنوصي

**اختصاصي**

في أمراض الجهاز الهضمي  
(المعدة- الأمعاء- الكبد)

أمراض المخرج وجراحة البواسير  
الكشف بالصدى

## ECHORAPHIE ABDOMINALE

DATE : 16/10/23

Nom : BIKRI

Prénom : AHMED

Foie homogène hyperéchogène (stéatose) de taille normale et de contours réguliers.

La vésicule biliaire est de taille normale et alithiasique. La paroi est fine.

La VBP et la VP sont normaux.

Les deux reins présentent une bonne différenciation cortico- Sinusale.

Le pancréas est normal.

La rate est normale.

Pas d'épanchement intra péritonéal.

Météorisme colique important.

**Jr. SEMMAR ABDELMOURHIT**  
Spécialiste de l'appareil Digestif  
rés. Yassine N° 2, Hay Moubaraka  
Bernoussi. Tél. 022 76 78 25

Dr. A. SEMMAR  
GASTRO-ENTEROLOGUE

IDIBIKRI  
LAHMED

Y1

F11

16-OCT-23  
09:15:11

16/24  
13Hz

16/24  
13Hz

3.5M S-H  
DUA: 69%  
GA: \*\*u\*d

PANG

RATE

MEASUREMENT R17 **610** C4 10.8cm  
B-1 Data .DIST. 3 Area: 4 Area: 5 Volume: 6 Next  
Clear Trace Ellipse Page

Dr. A. SEMMAR  
GASTRO-ENTEROLOGUE

IDIBIKRI  
LAHMED

Y1

F11

16-OCT-23  
09:12:08

17/24  
13Hz

24/24  
13Hz

3.5M S-H  
DUA: 69%  
GA: \*\*u\*d

STEAROSE

RD

RB

MEASUREMENT R17 **645** C4 8.2cm  
B-1 Data .DIST. 3 Area: 4 Area: 5 Volume: 6 Next  
Clear Trace Ellipse Page

Dr. A. SEMMAR  
GASTRO-ENTEROLOGUE

IDIBIKRI  
LAHMED

Y1

F11

16-OCT-23  
09:08:20

16/24  
13Hz

16/24  
13Hz

3.5M S-H  
DUA: 69%  
GA: \*\*u\*d

UB

FOIE

UBP  
UP

MEASUREMENT R17 **610** C4 0.4cm  
B-1 Data .DIST. 3 Area: 4 Area: 5 Volume: 6 Next  
Clear Trace Ellipse Page