

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 : 15TG Société : RAMA 1340
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BIKRI AHMED
 Date de naissance : 07/1948
 Adresse : Hay Moubaraka Rue 3 Apt 5
 Fedj Berroussi Casablanca 88240#
 Tél : 0613434145 Total des frais engagés : 882,40# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. SEMMAR ABDELMOURHIT
 Spécialiste de l'appareil Digestif
 Rés. Yassine N° 2, Hay Moubaraka
 Berroussi - 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 DISESE
 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 10/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
16/10/23	G2		250,-	<i>Dr. SEMMAR ABDELMOURHIT</i> Spécialiste de l'appareil Digestif Rés. Yassine N° 2, Hay Moubaraka 077 76 78 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Ibn Battar</i>	16/10/23	282.40 D.H

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. SEMMAR ABDELMOURHIT</i> Spécialiste de l'appareil Digestif Rés. Yassine N° 2, Hay Moubaraka 077 76 78 25	16/10/23	350,-	<i>Elyf...</i>

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

LE 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 الهيثم

خريج كلية الطب بباريس

طبيب اختصاصي سابق بمصحة
الضمان الإجتماعي 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. BIKRI AL

30.00 / hr
Carboxam

79.50

mytum

149.00

22.90
Loperium

LOT 211538
EXP 05/2024
PPV 30.00DH

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

N° CE: 20212107654V1/DMP/CA/18
N° Lot: MMYC.102
Exp: 09/2022
À consommer avant la date EXP: 08/2025
PPC: 149.00 MAD

Dr. SEMMAR ABDELMOURHIT
Spécialiste de l'appareil Digestif
S. Yassine N°2, Hay Moubaraka
Tél: 05 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

Lopéramide (DCI) Chlorhydrate	2 mg	40 mg

PPV: ZZDNDV
R: 07/26
LOT: M2579

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^r 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
Téléphone : 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



MEASUREMENT R17 [OK] C4 1 2 3 4 5 +DIST. 10.8cm
B-1 Data DIST. Area Area: Volume Next
Clear Trace Ellipse Page



MEASUREMENT R17 [OK] C4 1 2 3 4 5 +DIST. 8.2cm
B-1 Data DIST. Area Area: Volume Next
Clear Trace Ellipse Page



MEASUREMENT R17 [OK] C4 1 2 3 4 5 +DIST. 0.4cm
B-1 Data DIST. Area Area: Volume Next
Clear Trace Ellipse Page