

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6887 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KARIMA Harbi

Date de naissance : 1963 03 13

Adresse :

Tél. 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : TEL 0772681626

Date de consultation : .....  
Nom et prénom du malade : MAMOU N. Fouzia Age : .....  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Hemorroides

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....  


## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Code du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
13-N°2	3/4/24	132,80
13-N°2	8/4/24	193,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

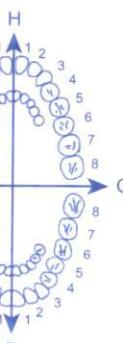
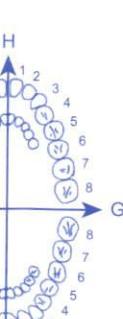
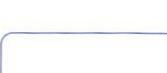
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 												
				MONTANTS DES SOINS 												
				DEBUT D'EXECUTION 												
				FIN D'EXECUTION 												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX 
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

# Dr. Hind OULAMMOU

Spécialiste de l'appareil digestif et du foie

Proctologie médico-chirurgicale

Echographie abdominale et endoscopie digestive

Ancienne interne des hôpitaux de Paris

Diplôme des Hépatites virales et Cytokines

de l'Université de Sorbonne

Diplôme des maladies inflammatoires chroniques

de l'intestin des Universités de Lille et Paris 6



# الدكتورة هند الموسى

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد - أمراض وجرأة المخرج

الفحص بالصدى والمنضار الداخلي

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

دبلوم التهاب الكبد الفيروسي بجامعة الصوربون

دبلوم الالتهاب المزمن للأمعاء

من جامعة ليل و باريس 6

البيضاء في:

Casablanca le 08/04/2024  
Hepatology  
Appt. 24 Sidi Moumen  
Tel.: 05 22 70 93 43

Mameoun Fouzia

3300

1/ Dermasept Ciené  
lapp x 24y

114,70

2/ Daflon 500  
lup x 24y.

193,70



PHARMACIE ATTACHARDUK  
Hay Waliha Fr. 2 Imm. 13 N° 2  
Tel.: 05 22 70 93 43 - Casablanca  
ICE: 000468780000892

PHARMACIE ATTACHARDUK  
Hay Waliha Fr. 2 Imm. 13 N° 2  
Tel.: 05 22 70 93 43 - Casablanca  
ICE: 000468780000892

Dr. Hind OULAMMOU  
Hepatology - Gastroenterology - Endoscopy - Proctology  
Appt. 24 Sidi Moumen - Casablanca  
Tel.: 05 22 70 93 43 - Casablanca  
ICE: 000468780000892

حي الولاء الإقامة 4 الرقم 424 التجزئة 6 سيدى مومن - الدار البيضاء

Hay ALWALAA Immeuble 4 N° 424 Tranche 6 Sidi Moumen - Casablanca

الهاتف: 05 22 71 77 23 / GSM: 07 08 89 45 95

24640030-04

LOT 2309026  
EXP 08 2027  
PPV : 114,70 DH

3510  
EXP 09/06  
LOT: 3510  
00

DERMASEPT<sup>®</sup>  
Crème antiseptique

# Dr. Hind OULAMMOU

Spécialiste de l'appareil digestif et du foie

Proctologie médico-chirurgicale

Echographie abdominale et endoscopie digestive

Ancienne interne des hôpitaux de Paris

Diplôme des Hépatites virales et Cytokines

de l'Université de Sorbonne

Diplôme des maladies inflammatoires chroniques

de l'intestin des Universités de Lille et Paris 6



# الدكتورة هند الموسى

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد - أمراض وجرحة المخرج

الفحص بالصدى والمنظار الداخلي

طبية داخلية سلباً بمستشفى باريس

دبلوم التهاب الكبد الفيروسي بجامعة الصوريون

دبلوم الإنفلونزا المزمن للأمعاء

من جامعة ليل وباريس 6

البيضاء في:

Casablanca: 03 10472024

32.50

Mamoun Fouzia

1) Metozal 500mg

14.80 up & ay



2) Sopen 500mg

27.60 up & ay



3) Doltram

up & 2x3g



cups repas

matin / soir

T: 132,40

PHARMACIE ATTACHARDINE  
Hay Walda 424 Tranche 6 Sidi Moumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 71 77 23 / GSM: 00 07 08 89 45 95

حي الولاء الإقامة 4 الرقم 424 التجزئية 6 سidi مومن - الدار البيضاء

ALWALAA Immeuble 4 N° 424 Tranche 6 Sidi Moumen - Casablanca

الهاتف: 05 22 71 77 23 / GSM: 07 08 89 45 95

**METROZAL®**  
Métronidazole 500mg

Boîte de 20 comprimés

PPV : 32,50 DH



6 118000 190967

DATE D'EXPIRATION :  
PER : 08/2024  
PPV : 24,80 DH

74,80

PPV : 27 DH 60  
PER : 12/26  
LOT : M4283

