

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 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 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.

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



2023

Déclaration de Maladie

M23- N° 0038299

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6887 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KADMA Lami
 Date de naissance : 1963 03 13
 Adresse :
 Tél. 06 16 78 16 26 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : TEL 07 72681626
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : MAMOU FOUZIA Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hémorroides
 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) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
03-04-2024	9		300,00	<p>DR. H. EL...</p> <p>Hép. ...</p> <p>Hay ...</p> <p>App. ...</p> <p>Tél.: 05 22 71 77 23</p>
08-04-2024			Cont. 6le	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
<p>Tél.: 05 22 71 77 23</p>	

Cachet et signature du Médecin
attestant la validité des Aides
Hépar Hay
Appi
Hépar Hay
Appi
Tel: 05 22 71 77 23

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Consignes du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3/4/24	132,80
	8/4/24	193,70

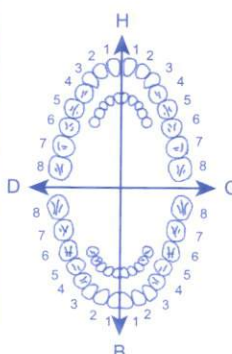
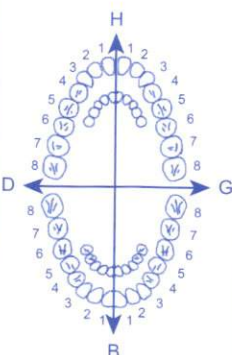
[illegible][illegible]

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DEBUT D'EXECUTION </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> FIN D'EXECUTION </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DU DEVIS </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DE L'EXECUTION </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

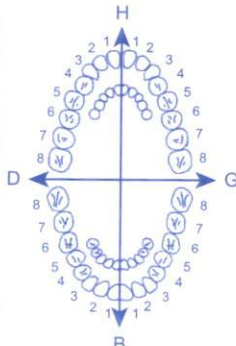
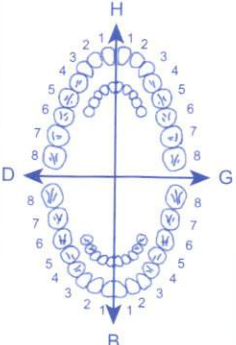
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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														
						Montants des Soins														
						Debut d'Execution														
						Fin d'Execution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table><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
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					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 المومو

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد - أمراض وجراحة المرج
الفحص بالصدى والمنظار الداخلي
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس
دبلوم التهاب الكبد الفيروسي بجامعة الصوريون
دبلوم الإلتهاب المزمن للأمعاء
من جامعة ليل و باريس 6

البيضاء في: 08/04/2024
Casablanca

Mamoun Fouzia

73.00

1/ Dermaseptuene
1cp x 2j

114.70

2/ Daflon 800
1cp x 2j

T. 19370.



PHARMACIE ATTACHAROUK
Hay Walaa Tr. 2 Im. 13 N° 2
Tél: 05 22 70 83 43 - Casablanca
ICE: 00046878000000002

DR. HIND OULAMMOU
Hépatite-Gastro-Entéro-Proctologie
Hay ALWALAA Im. 4
Appt. 24 Sidi Moumen - Casablanca
Tél: 05 22 71 77 23

PHARMACIE ATTACHAROUK
Hay Walaa Tr. 2 Im. 13 N° 2
Tél: 05 22 70 83 43 - Casablanca
ICE: 00046878000000002

PHARMACIE ATTACHAROUK
Hay Walaa Tr. 2 Im. 13 N° 2
Tél: 05 22 70 83 43 - Casablanca
ICE: 00046878000000002

حي الولاية الإقامة 4 الرقم 424 التجزئة 6 سيدي 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



Handwritten blue ink text, likely a date and time stamp, oriented diagonally. The text is partially legible and appears to be a date and time stamp.

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 ألامو

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
 الكبد - أمراض وجراحة المخرج
 الفحص بالصدى والمنظار الداخلي
 طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس
 دبلوم إلتهاب الكبد الفيروسي بجامعة الصوريون
 دبلوم الإلتهاب المزمن للأمعاء
 من جامعة ليل و باريس 6

البيضاء في: 03/04/2024

Mamoun Fouzia

32.50

1/ Metozal rone

74.80 up x 2y

2/ Sepren rone

27.60 up x 2y

3/ Doltram

up x 2a 2y



cups reps
 matin / soir

PHARMACIE ATTACHAROUK
 Hay Walda 4 N° 43 - Casablanca
 Tél: 05 22 71 77 23

PHARMACIE ATTACHAROUK
 Hay Walda 4 N° 43 - Casablanca
 Tél: 05 22 71 77 23

حي الولاء الإقامة 4 الرقم 424 التجزئة 6 سيدي 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

P.P.V. : 32.50 DH

6 118000 190967

LOT: 08/2020
PER: 08/2020
PPV: 74.80 DH

74,80

PPV: 27 DH 60
PER: 12/26
LOT: 14283

