

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.

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.

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 55 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-614804

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>12.09</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>DERKAOUI Malika</u>			
Date de naissance : <u>11.11.65</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>06.07.16.87.76</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

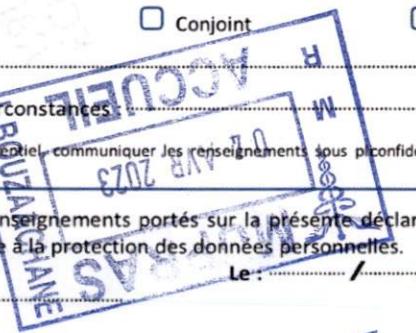
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : _____			
Age: _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : _____			
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

RELEVE 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
2023	3		30000	INP : 1034567896 Signature du Médecin
2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HANZA CASA BLANCA Haj fatah - Bld 60 - 3 Lot 04 Tunis - 7010 - Tel: 0822 93 10 28	30/03/23	1366,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire d'Etude Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
30.03 2023		RADIOPHOTO ABDOMINALE	14000 F

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]												
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS [REDACTED]												
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]												

Professeur Salwa Nadir



الدكتورة سلوى ندير

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale

أستاذة جامعية سابقاً بكلية الأطباء

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجرأحة الشرج

Casablanca, le

30/03/2023

الدار البيضاء، المغرب

Note d'honoraires

Le docteur

a l'honneur de présenter ses compliments

à M/ (Mme) Dr Kacimi Malika

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires ;

soit la somme de 400,00 dhs.

pour

**ECHOGRAPHIE
ABDOMINALE**

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10 - 4 شارع مولاي ابريس الأول، الطابق 4، رقم 10 - 120
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modiboketa - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14

مصحة دار السلام، 728 شارع مودي بوكينا، الدار البيضاء - الهاتف، 05 22 85 14 14 - البريد الإلكتروني : E-mail : salwanadir@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني : Site web : www.pnndirsalwa.com/www.pnndirsalwa.ma

Casablanca, le 30/03/2023

Nom et Prénom : Mme DERKAOUI MALIKA
Age : Née en 1965
Indication : Hépatite B

COMPTE RENDU

- Foie de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure discrètement hyperéchogène.
- Absence de lésion focale hépatique.
- Absence de dilatation de la voie biliaire principale et des voies biliaires intrahépatiques.
- Tronc porte de calibre normal.
- Absence d'épanchement dans la cavité abdominale.
- Vésicule biliaire libre. Sa paroi est fine.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Rate, reins, pancréas sans anomalie.
- Aérocolie+

Conclusion : Discrète stéatose hépatique



Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"
Echographie et Endoscopie Digestives
D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"
D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"
Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب
ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي
التشخيص بالمنظار والصدى
أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 30 Mars 2023 الدار البيضاء، في

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussignée, Professeur Salwa NADIR, certifie par la présente que

Madame DERKAOUI Malika

est porteuse d'une affection de longue durée : HEPATITE CHRONIQUE
B.

Certificat médical à usage administratif, délivré à l'intéressée
pour servir et faire valoir ce que de droit.

Professeur Salwa NADIR
Hépatologue
Proctologue Médicale et Chirurgicale

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10
مصحة دار السلام، 728، شارع مودي بوكينا، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 85 14 14

E-mail : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : Site web : www.prnadirsalwa.com/www.prnadirsalwa.ma - الموقع الإلكتروني

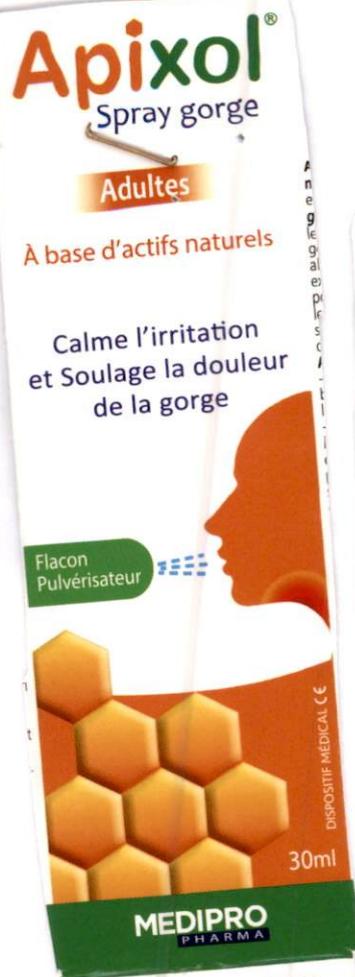
ADDAX
EXPERT



ARNICA gel

ARNICA GEL
LOT: CKX77
EXP: 10/2026
PPC: 58.00DH

Distribué par :
Laboratoire ADDAX MAROC
Avenue Stendhal RES BENBER
Casablanca - MAROC
www.addaxmaroc.com



8 032578 479676

LOT: 220620
2025/08
PPC: 89,50 DH



Macronax 50mg
Boîte de 3 comprimés
6 118000 091837

Professeur Salwa Nadir

- Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
- D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"
- Echographie et Endoscopie Digestives
- D.U "Explorations Fonctionnelles Digestives"
- D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"
- Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقاً بكلية الطب
ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي
التشخيص بالمنظار والصدى
أمراض وجرأحة الشرج

الدار البيضاء، في 30.03.2023 Casablanca, le.....

الدار البيضاء، في 30.03.2023

Mme DERKAOUI Malika

Prendre :

289.00 x 4¹ - TEFOVIR

1 comprimé par jour, après le repas, pendant 6 mois

63 00 2 - MACROMAX 500MG

1 BOITE

89,50 3 - APIXOL SPRAY

1 FLACON

58,00

4 - CREME REPARATRICE ADDAX

1 TUBE

136,50

• Professeur Satwa NADIR

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

6 118000 096078



Tefovir® Pharma 5 300 mg
30 comprimés pelliculés

AMM:218 DMP/21/NNP

Tefovir[®] Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

LOT: 4896
PER: 11/24
PPV: 289 DH

300 mg

30 Voie orale Comprimés pelliculés

Composition :	
Teңдердірілген диспороксил фумарате.....	300 мг
Excipients q.s.p.....	1 компімінде
Excipients à effet notoire : lactose monohydrate	
.....	300 mg

PHARMA5

6 118000 096078



30 comprimés pelliculés

Tefovir® Pharma 5 300 mg

AMM : 218 DMP/21/NNP

Tefovir® Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

300 mg

LOT: 3111

PER: 09-24

PPV:289 DH

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

PHARMA 5

6 118000 096078



30 comprimés pelliculés

Tefovir® Pharma 5 300 mg

AMM : 218 DMP/21/NNP

Tefovir® Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

300 mg

LOT: 3111

PER: 09-24

PPV:289 DH

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

PHARMA 5