

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être correctement 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 : 10417 Société : R.A.F 160669

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ELAOUADI ABD ELKADER

Date de naissance : 08/10/1949

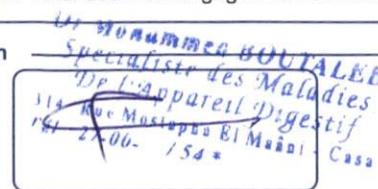
Adresse : 105-60-AMAL - Rue 4 - n°7

42 ZEMMOUZ -

Tél. : 0670970128 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/03/2023

Nom et prénom du malade : THOHI-MINA Age : 79 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dyspepsie

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 : 22/03/2023

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 |
| 22/03/23                       | CS.               |                       | 3.000 F                         | 27.000 F BOUTALIES<br>Appareil des Malades<br>Mostaps 15       |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 22/03/23 | 339,00                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### 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 traitements canalaire, 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<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE           |   |  |
|                              | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411 | G<br>21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 |  |
|                              |  |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                              |  |   | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                              |  |   | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|                              |  |   | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |
|                              |  |   |  |
|                              |  |   |  |
|                              |  |   |  |
|                              |  |   |  |
|                              |  |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohammed BOUTALEB  
314, Mostapha El Maâni  
20140 Casablanca

Casablanca le 22/03/2023

NOTE D'HONORAIRE

N° 220202301

Mr Mme TLO Hi Mna

|                      | Prestation (s) | Honoraire (MAD) |
|----------------------|----------------|-----------------|
| ✓                    | Consultation   | 300 DH          |
| ✗                    | Echographie    |                 |
| ✗                    | Anuscopie      |                 |
| ✗                    | Rectoscopie    |                 |
| ✗                    | Fibroscopie    |                 |
| ✗                    | Colonoscopie   |                 |
| Total des honoraires |                | 300 DH          |

Dr Mohammed BOUTALEB  
Spécialiste des Maladies  
De l'Appareil Digestif  
114 Rue Mostapha El Maâni Casablanca  
Tel 27-00-154\*

PHARMACIE EL AYMAN  
Ahmed BADAOUI  
Docteur en Pharmacie  
101, Bd. Med. V - Azemmou  
Tél: 023-35-77-64

Le 22/03/23  
Facture N° 78

| Quantité | désignation | Prix  | Montant       |
|----------|-------------|-------|---------------|
| 01       | IX 2020/28  | 18,00 | 18,00         |
| 01       | digoxin s   | 46,00 | 46,00         |
| 01       | Entregel    | 97,00 | 97,00         |
| 01       | Infus Fort  | 79,00 | 79,00         |
|          |             |       | <u>339,00</u> |

PHARMACIE EL AYMAN  
Ahmed BADAOUI  
Docteur en Pharmacie  
101, Bd. Med. V - Azemmou

# عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

## Cabinet des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

Docteur Mohammed BOUTALEB  
Spécialiste des maladies du Foie  
et de l'Appareil Digestif

Foie, Estomac, Intestins, Hémorroïdes, Diététique  
Endoscopie, Echographie, et Chirurgie anale

Diplômé de la faculté de Médecine, Montpellier, France  
Membre de la Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif  
Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie  
Membre de la Société Française pour l'Etude du Foie  
Ex-consultant aux hôpitaux de France

الدكتور محمد بوطالب  
اختصاصي في أمراض الكبد  
والجهاز الهضمي

كبد، معدة، أمعاء، بواسير حمبة  
الفحص بالمنظار والتلقيزر، جراحة المخرج  
خريج كلية الطب بمنيولبي، فرنسا  
عضو بالجمعية المغربية لأمراض الجهاز الهضمي  
عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي  
عضو بالجمعية الفرنسية لدراسة الكبد  
طبيب اختصاصي سابقًا بمستشفيات فرنسا

Casablanca le, 22/03/2023

Mme TLOHI Mina

IXOR 20 MG ( BOITE DE 28 )

1 comprimé par jour, avant le repas

DIGESTINE

1 gélule par jour le matin, avant le repas

EXTRAMAG

1 comprimé par jour le matin

ISILAX FORTE

1 comprimé, par jour

339,00

PHARMACIE EL AYACHE  
Ahmed BADAOU  
Docteur en Pharmacie  
Bd. Mostapha El Maâni - Casablanca  
Tél : 022 95 17 54

Dr. MOHAMMED BOUTALEB  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
314, Rue Mostapha El Maâni - Casablanca  
Tél : 27-06-1544

314, Rue Mostapha El Maâni, à côté du Café Champs Elysée - 20140 Casablanca  
زنقة مصطفى المعاني، قرب مقهى شان إلزي - 20140 البيضاء

INPE : 091038539

ICE : 001922406000029

CNSS : 6156617

Tél : 08 08 54 54 82 / 0522 27 00 54

E-Mail : boutalebmed@gmail.com

La propofol

جبل طارق

28



20 مل

جبل طارق

®

**IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents**

PPU 118DH50

EXP 11/2024

LOT 28018 4

PPC = 95,00 DHS

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :

04/2022  
04/2025  
0222034



V002 - 01/21  
ETEXMAC030CP



# Extramag®

TRIPLE ACTION

**1 PRISE / JOUR**  
Soit 100 % des AJR\*

• **MAGNÉSIUM MARIN**

\*Participe à la résistance au **STRESS**

• **VITAMINE B6 & MAGNÉSIUM**

<sup>2</sup>Contribuent à réduire la **FATIGUE**

• **VERVEINE**

<sup>3</sup>Aide à l'endormissement en cas  
de **TROUBLES DU SOMMEIL**



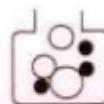
**COOPER**  
PHARMA

**30** Comprimés tri-couches

Complément alimentaire Poids net : 31.5 g

# Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER

**30** gélules

**Forme à action prolongée**

LOT 2227321  
EXP 08/2027  
46 • 00

