

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0051483

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

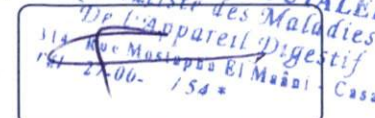
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1047 Société : R.A.M. 16069  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELAOUADI - ABDELKADER  
Date de naissance : 08/10/1949  
Adresse : 101-60-AMAL - Rue 4 - n°7  
42EMMOUR -  
Tél : 0670970198 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: 70 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Dyspepsie chronique  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 15 MAI 2023

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 : 22/03/23

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

## Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : 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.

MUPRAS - 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

Cachet et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/03/23	339,00

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

**Cachet et signature  
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

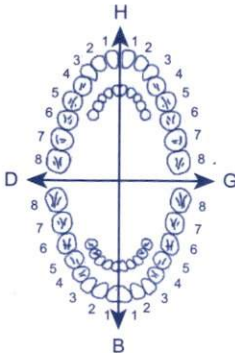
	<b>Montant détaillé</b>
<b>IV</b>	<b>des Honoraires</b>

# 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"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553         </div> </div>			Montants des Soins <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

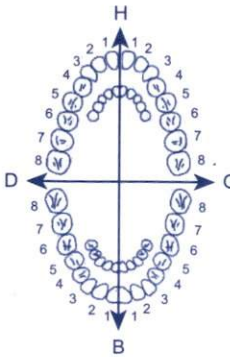
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, 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

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**[Création, remont, adjonction]**  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

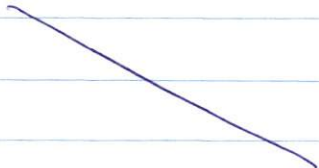
Dr Mohammed BOUTALEB  
314, Mostapha El Maâni  
20140 Casablanca

Casablanca le 22/03/2023

NOTE D'HONORAIRE

N° 220202301

Mr Mme TLOHI Mina

	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  
314, Rue Mostapha El Maâni - Casa  
Tel: 27-00- / 54 \*



# 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**  
**إختصاصي في أمراض الكبد**  
**والجهاز الهضمي**

كبد، معدة، أمعاء، بواسير، حمية  
الفحص بالمنظار والتلفاز، جراحة المخرج  
خريج كلية الطب بمنبوتلي، فرنسا  
عضو بالجمعية المغربية لأمراض الجهاز الهضمي  
عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي  
عضو بالجمعية الفرنسية لدراسة الكبد  
طبيب إختصاصي سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca le, 22/03/2023

**Mme TLOHI Mina**

IXOR 20 MG ( BOITE DE 28 )

1 comprimé par jour, avant le repas **المغز**

DIGESTINE

1 gélule par jour le matin, avant le repas **المغز**

EXTRAMAG

1 comprimé par jour le matin **المغز**

ISILAX FORTE

1 comprimé, par jour **عند النوم**

339,50  
**PHARMACIE EL AMAL**  
Ahmed BADAOU  
21: Bd. Med. V - Azemmour  
Tél : 023 36 71 84

**Dr Mohammed BOUTALEB**  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
314 Rue Mostapha El Maâni - Casa  
Tél 27-00- / 54 \*

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

INPE : 091038539

ICE : 001922406000029

CNSS : 6156617

Tél : 08 08 54 54 82 / 0522 27 00 54

E-Mail : boutalebmed@gmail.com



# Extramag®

TRIPLE ACTION

**1 PRISE  
/JOUR**

Soit 100 % des AJR\*

• **MAGNÉSIUM MARIN**

<sup>1</sup>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**



**30** Comprimés tri-couches

Complément alimentaire Poids net : 31.5 g

 **COOPER**  
PHARMA

Date de fabrication :

A consommer de

préférence avant fin :

N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

04/2022  
04/2025  
0222034

V002 - 01/21

ETEXMAC030CP



3 760162 579741



# Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER

**30** gélules

Forme à action prolongée

LOT 222732 1  
EXP 08 2027  
PPV 46.00

