

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

M22- № 002087

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : Pay course!

Actif Pensionné(e) Autre : 161636

Nom & Prénom : LECHETAB Najat

Date de naissance : 11 12 58

Adresse : BD CHOUHADAF LOT MINOUNI NR 13 ou JDA

Tél. : 06 00 05 05 6 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mohammed BOUTALEB
Spécialiste des Maladies
De l'Appareil Digestif
314, Rue Mostapha Bl Mejjai - Casab

Date de consultation : 02 / 05 / 2023

Nom et prénom du malade : LECHETAB Najat Agen 642

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : GAST. N. JAYAD

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- № 002087

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
- 2 MAI 2013	S	1	300 - 0	Mohammed BOUTAH liste des Maladies courantes digestif Dr. M. Meziani - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Abderrahim Chameche Responsable 11 Bd. Commercial Roubaix 23 72 69 - Fax: 05 22 23 72 5</i>	21/8/23	205,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

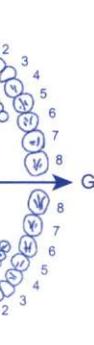
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	D	Coefficient DES TRAVAUX
	B	00000000 00000000 35533411 11433553	G	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

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، بواسيير حمبة
الشخص بالمنظار والتلقيان جراحة المخرج
خريج كلية الطب بمنيولبي، فرنسا
عضو بالجمعية المغربية لأمراض الجهاز الهضمي
عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي
عضو بالجمعية الفرنسية للدراسة الكبد
طبيب اختصاصي ساقطاً مستشفيات فرنسا

Casablanca le, 02/05/2023

Mme LECHEHAB Najat

ALORA 5 MG

1 comprimé le matin (pendant 15 jours)

DOCIVOX cp

1 comprimé, 3 fois par jour à sucer après les repas (pendant 15 jours)

BÉDÉLIX

~~1 sachet, 3 fois par jour, avant les repas~~

DETOXNER INTENSE

Le matin au reveil prendre 1 cp et 1 sachet dans un grand verre d'eau (200 ml) avant le petit déjeuner , le déjeuner et le diner prendre 1 cp
Durant la journée, boire au minimum un litre et demi d'eau

DETOXNER MAINTENANCE

Après les cinq jours de detoxner intense,

Prendre 1 sachet tous les deux jours dans un grand verre d'eau (200 ml)

Durant la journée, boire au minimum un litre et demi d'eau

Prendre 1
Durant la nuit
Dr. Abderrahim RABBIA
Pharmacie RESIDENCE MARRAKCHI
Centre Commercial Marrakech
281, Bd. Brahim Roudani
Tél: 05 22 35 72 69

Dr. M. H. Mohr
Specimen No. 314
D. e. galinae ~~sp. nov.~~
T. sp. sp. nov.
27-06-1908
Moscow, Russia
Sp. nov. sp. nov.
57-81
Sp. nov. sp. nov.
Sp. nov. sp. nov.

314, Rue Mostapha El Maâni, à côté du Café Champs Elysée - 20140 Casablanca
314، نهج مصطفى العانى، قرب مقهى شان إلبيزى - 20140 البيضاء

INPE : 091038539

ICE : 001922406000020

CNSS : 6156617

Tél : 08 08 54 54 82 / 0532 27 00 51

E-Mail : boutalebmed@gmail.com

bedelix®

Montmorillonite beidellitique

3 g



Poudre pour suspension buvable en sachet

30 sachets



PER.:10.2027
L01:Z2E029

BEDELIX 3G
SACHETS 30



 **IPSEN**

The IPSEN logo consists of a stylized, symmetrical symbol followed by the word "IPSEN" in a bold, sans-serif font.

DociVox®

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES
(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

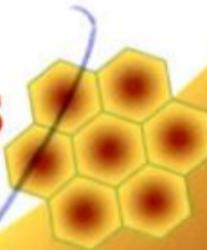
**Maux de gorge
Enrouements passagers**

x 20

Goût menthe - miel - citron

Apaise et dégage les voies respiratoires
Adoucit la gorge irritée en cas de toux
Renforce les défenses naturelles

LOT : 230083
DLUO: 01/2026
69,00DH



Deva

Laboratoires Pharmaceutique
LOUAJDI Pharmacien Responsable

x 20

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES
(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

**Maux de gorge
Enrouements passagers**



Goût menthe - miel - citron

Code : AC2 - 00142

Chaque comprimé contient 5 mg de desloratadine.
Avaler le comprimé en entier avec de l'eau.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
A conserver dans l'emballage d'origine.
Lire la notice avant de prendre le médicament.

Respecter les doses prescrites

Liste II - sur Ordonnance

