

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



Déclaration de Maladie

N° W21-714646

RAM 66

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1870 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUDARKA LAILA

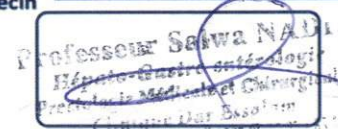
Date de naissance : 15/10/1956

Adresse : N°60 LOT LINX SIDI MARROUF Casa

Tél. : 0662/0652 03 Total des frais engagés : 300 + 600 + 400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/09/2013

Nom et prénom du malade : Boudarka Laila Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION DIGESTIVE

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) :

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 attestant le Paiement des Actes
21.09			30000	INP : 00000000
20.09				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LYEMBOURG Lamia MANDRE 24, Lel. Yasmina les Orèdes 0522 85 55 50	21/09/23	600,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21.09		400,00
	20.09		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Casablanca ,le 21/09/2023

Nom et Prénom : Mme BOUDARKA LAILA

Age : Née en 1956

Indication : Gastralgies atypiques/Troubles de transit

COMPTE RENDU

- Foie de taille normale, de contours réguliers ,d'échostructure hyperchogène.
- Absence lésion focale hépatique .
- Absence de dilatation des voies biliaires intrahépatiques et de la voie biliaire principale .
- Absence de dilatation du tronc porte.
- Absence d'épanchement péritonéal .
- Vésicule biliaire libre à paroi fine.
- Reins ,rate ,pancréas sans anomalie.
- Aérocolie++

- **Conclusion : Stéatose hépatique**

Prof. S. NADIR
Hépatogastro-entérologue
N° 27/8514/14
Dr. M. NADIR
Chirurgie Digestive
N° 27/8514/14

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

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 21.09.2023 في الدار البيضاء،

Mme BOUDARKA Laila

Prendre :

1 - BEDELIX SACHETS

1 Sachet le matin, à midi et le soir, après le repas, pendant 10 jours.

2 - METROZAL 500MG

1 comprimé le matin et le soir, au cours du repas, pendant 5 jours.

3 - ESAC 40

1 gélule le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

4 - PRODEFFEN SACHETS

1 sachet par jour, après le repas, pendant 10 jours.

5 - CANDIDAX

En bains de siège

6 - EFFICORT HYDROPHILE 0,127 % crème : T/30g

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 10 jours. en externe

7 - METEOSPASMYL GELULES

2 gélules le matin et le soir, avant le repas, pendant 10 jours.

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، شارع مولاي إدريس الأول، الطابق 4،
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 - الهاتف : 728، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - مصحة دار السلام،

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

LOT : 22E029
PER : 10/2027

BODELIX 30
SACHETS 830

P.P.V : 57DH70



6 118000 010234

PRODEFEN
Complément alimentaire

PPC : 99 Dhs

Lot : 129094
Date de Fab : 03.2023
Date de Pér : 03.2025

METROZAL

Métronidazole 500mg
Boîte de 20 comprimés

PPV : 32.50 DH



6 118000 190967

PER : 03/2025
PPV : 122,80

→ 122,80

METEOSPASMYL 8 20 caps molles
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293

LOT 23067 PER 04/2026
PPV 21.00 DH

PPV : 56,30 DH
LOT : 23B01D
EXP : 02/2025

PPV : 56,30 DH
LOT : 22J24D
EXP : 10/2024

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 21.05.2023 في الدار البيضاء،

Note d'honoraires

Professeur Salwa NADIR
Hépatogastro-entérologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Clinique Dar Salam

Le docteur
a l'honneur de présenter ses compliments
à Mr (Mme) Bendarka Faïc
et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires ;
soit la somme de 4000 dhs.
pour **ECHOGRAPHIE
ABDOMINALE**

Professeur Salwa NADIR
Hépatogastro-entérologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Clinique Dar Salam
En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

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

21.09.2023

Casablanca, le..... في الدار البيضاء،

Mme BOUDARKA Laila

Prendre :

21,50⁸ - **LIBRAX COMPRIMÉS**

1 comprimé par jour le soir vers 19 heures avant le coucher 10jours
puis un jour sur deux pendant 10jours

56,30x2⁹ - **D-CURE 25000**

1 ampoule tous les 15 jours pendant 3 mois à boire

606,00

PHARMACIE LUXEMBOURG
Lamia MANDRE
24, Lot. Yasmina les Crâtes
Casablanca - Tél.: 0522 85 55 56/57

Professeur Salwa NADIR

En cas d'urgence : 06 67 46 84 98

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10، شارع مولاي إدريس الأول، الطابق 4،
Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 : الهاتف - الدار البيضاء - شارع مودي بوكيتا،
مساحة دار السلام، 728،

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