

## 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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-697603

123208

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8763 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAIT BRAHIM EL MOSTAFA

Date de naissance : 09-02-1969

Adresse : 5 Rue Daouda E. Q des hôpitaux Casa

Tél. : 0661218181 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR ABDOU KHALID Gastro - Entérologie 21, Place Pasteur Q.H - Casa Tél : 05 22 48 36 80 INP : 091001198

Date de consultation : 04/07/2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Trouble Digestif

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 : Casa Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

01/01/2022	CS	2000A	INP: 09 Nov 1998
			Jr ABOUGHAKEM KHALI
			Gastro - Entérologie
			Place Pasteur Q.R. - Cas
			12-36 80

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie  
ou du Fournisseur

**HARMACIE DES ESCALOTES**  
 GHISLENE LAHBART  
 Docteur en Pharmacie  
 Boulevard Mly Driss 1<sup>er</sup> - Casablanca  
 0522 86 23 01 - Fax 0522 86 01 01

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

02/07/22

349, 20

## ANALYSES · RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires

of of 24

ECG = 91 bpm  
Abdominal  
E30

400 Mt

## AUXILIAIRES MEDICAUX

**Cachet et signature  
du Particien**

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé  
des Honoraires

AM

PC

IM

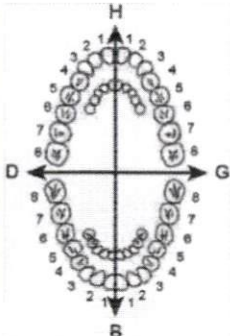
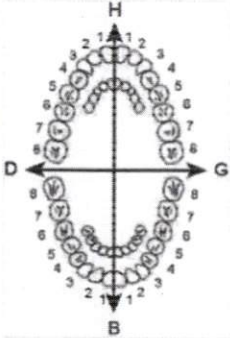
IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div> <p>B</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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[illegible]

Coefficient

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.

## PROTHÈSES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

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

DATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





34,40

Motilium® 10 mg



احترم الكميات الموصوفة  
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II  
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée  
des enfants.

يرجى الاطلاع على النشرة قبل الاستعمال  
يحفظ بعيدا عن متناول الاطفال

JANSSEN-CILAG

Fabrique sous licence par :



maphar, Km 10, route côtière 111,  
QI-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca.

MOTILIUM 10MG  
CP PELL B20



6 118000 011033

DOCTEUR ABOUGHALEM KHALID  
SPECIALISTE DES MALADIES  
DE L'APPAREIL DIGESTIF  
ENDOSCOPIE\_HEMORROIDES  
21 Place CHARLE NICOLE  
2ème étage N°8(Face Institut Pasteur)  
TEL : 0522/48/36/80

CASA LE : 07/07/22

## NOTE D'HONORAIRES

MR NAIT BRAHIM EL MOSTAFA

COSULTATION : 200DH

ECHOGRAPHIE : 400DH

TOTALE :600DH

Dr ABOUGHALEM KHALID  
Gastro - Entérologie  
21, Place Pasteur Q.H - Casa  
Tél : 05 22 48 36 80  
INF : 091001198



**DOCTEUR ABOUGHALEM KHALID**

**SPECIALISTE DES MALADIES  
DE L'APPAREIL DIGESTIF  
ENDOSCOPIE-HEMORROIDES**

## **ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

**Mr NAIT BRAHIM El Mostafa**

Casablanca le, 07/07/2022

### **Clinique**

Troubles dyspeptiques.

### **Examen**

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.  
Veine porte de calibre normal. Veines sushépatiques libres.  
Loge vésiculaire libre (cholécystectomie).  
Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.  
Rate homogène, de volume normal.  
Reins échographiquement normaux.  
Absence d'ascite.

### **Conclusion**

Echographie abdominale normale.

Dr ABOUGHALEM KHALID  
Gastro - Entérologie  
11, Place Pasteur Q.H - Casa  
Tél : 05/22 48 36 80  
INP : 091001198