

## 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 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-697599

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre :**

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ **Lui-même**

☐ **Conjoint**

☐ **Enfant**

Nature de la maladie :

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 : 12 / 11 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Ali al Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Ali al 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



# 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
10.11.2023	CS	2	2000	INP : 091001198
				ABOUGHALEM KHALID
				Gastro - Entérologie
				21, Place Pasteur Q.H - Casa
				Tél : 05 22 48 36 80
				INP : 091001198

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES FACULTES CHIZIENI ANHABI Docteur en Pharmacie 94, Boulevard Mly Driss 1 <sup>er</sup> - Casablanca Tél. 0522 86 23 01 - Fax 0522 86 23 02	10/11/23	215,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ABOUGHALEM KHALID Gastro - Entérologie 21, Place Pasteur Q.H - Casa Tél : 05 22 48 36 80 INP : 091001198	10.11.23	230	3000

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]															
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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Khâlid ABOUGHALEM

Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif  
ENDOSCOPIE - HEMORROÏDES  
sur rendez-vous



الدكتور خالد أبو غلم

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
التنظير الداخلي - البواسير  
بالموعد

Casablanca, le : 10.11.2023 : الدار البيضاء, في :

NAIT BRAHIM, EL  
Mostafa

40,40

METEOSPASYL

123,60

2 gel 3 h

INEXIUM 40

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubir bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg CprGR  
Boite 14  
6417SDWP/21NRQ P.P.V:123,60 DH  
6 118001 020807

51,40

SEPCEN 1250

P-14,  
C.B. Boute 10

25 y p. 5 ;  
25 y p. 5 ;

215,40

PHARMACIE DES FACULTES  
Dr. Khâlid ABOUGHALEM  
Docteur en Pharmacie  
94, Boulevard Mly Diba - Casablanca  
Tel. 0522 86 23 01 - Fax 0522 86 02 25

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

**Docteur Khâlid ABOUGHALEM**

Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif

ENDOSCOPIE - HEMORROÏDES

sur rendez-vous



**الدكتور خالد أبو غلم**

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

التنظير الداخلي - البواسير

بالموعد

Casablanca, le : ..... : الدار البيضاء، في :

**10/11/2023**

## **NOTE D'HONORAIRES**

**MR NAT BRAHIM EL MOSTAFA**

Consultation spécialisée (Cs) : **200DH**

+

Echographie abdominale (Z30) : **300DH**

**Total des honoraires : 500DH**

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

# ميتيوسباسميل®

سترات ألفيرين 60 ملغ سميتكون 300 ملغ

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293

VN9167  
03-2023  
03-2026

رقم الحصة / LOT :

ت. الإنتاج / FAB :

ت. إ. ص. / EXP :

مايولي  
سبندلر

20 كبسولة ليفنة

عن طريق الفم



# سیتیر

سیتروفلو

**SEPCEN® 250 mg**



ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230175

51,40

LOT: 05623002

PER: 04/2021

CP: 51.40 0H

**DOCTEUR ABOUGHALEM KHALID**

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

## **ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

**Mr NAIT BRAHIM El Mostafa**

Casablanca le, 10/11/2023

### **Clinique**

Douleurs abdominales maximum épigastrique.

### **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  
21, Place Pasteur Q.H - Casa  
Tél : 05 22 48 36 80  
INP : 091001198