

## 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.

### 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° M21- 0050788

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10094

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KURT KHADJA

Date de naissance :

Adresse : DEROUA

Tél. : 0632 453093

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Mohammed BOUTALAH  
Spécialiste des Maladies  
De l'Appareil Digestif  
314 Rte. Mostapha El Maani - Casa  
Tél. 27-00- / 54 \*

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 MARS 2024

Nom et prénom du malade : KURT KHADJA

Age : 55

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Tumeur

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 : DEROUA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/04/2024



# 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
20 MARS 2024	S	7	328,22	Dr Mohammed BOU... Spécialiste de Maladies Digestives 314 Rue Mostapha... Tél 2700-1543

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
N° 210 LOT EL WAHDA DEROUA 05 22 55 18 19	04/04/2024	1.180,90

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



# 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, 20/03/2024

**Mme KOURTE Khadija**

40.5042

**TARDYFÉRON 80**  
1 comprimé le matin, avant les repas (pendant 2 mois)

14.30 x 6

**VITA C 1000**  
1 comprimé, par jour le matin (pendant 2 mois)

43.0045

**STIMOL**  
1 ampoule, 3 fois par jour, au milieu des repas (pendant 1 mois)

09.0080

480,80



314, Rue Mostapha El Maâni, à côté du Café Champ...

ي. قرب مقهى شان إليزي - 20140 البيضاء

INPE : 091038539

ICE : 0019224060000

Tél : 08 08 54 54 82 / 0522 27 00 54

E-M

**Vita C 1000®**  
VITA C1000 10 CPS EFF  
PPV 14DH30  
EXP 09/2026  
LOT 34037 23

**Vita C 1000®**  
VITA C1000 10 CPS EFF  
PPV 14DH30  
EXP 09/2026  
LOT 34037 23

**Vita C 1000®**  
VITA C1000 10 CPS EFF  
PPV 14DH30  
EXP 09/2026  
LOT 34037 23

**Vita C 1000®**  
VITA C1000 10 CPS EFF  
PPV 14DH30  
EXP 09/2026  
LOT 34037 23

**Vita C 1000®**  
VITA C1000 10 CPS EFF  
PPV 14DH30  
EXP 09/2026  
LOT 34037 23

**Vita C 1000®**  
VITA C1000 10 CPS EFF  
PPV 14DH30  
EXP 09/2026  
LOT 34037 23

**STIMOL®**  
Boîte de 20 ampoules buvables  
PPV 43.00 DH

**STIMOL®**  
Boîte de 20 ampoules buvables  
PPV 43.00 DH

**STIMOL®**  
Boîte de 20 ampoules buvables  
PPV 43.00 DH

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca