

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

- 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.

## Prothèse :

- 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

Information : contact@mupras.com  
Demande en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 068006

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5811 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : M. BOUDHAR Fatma  
Date de naissance : 01/04/1966  
Adresse : 60, Sidi Abderrahmane Rue 33 N° 22 Duffer Casablanca  
Tél : 06 20 18 55 09 Total des frais engagés : 911,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur AMIN Abdelkader  
Spécialiste Maladies de  
L'Appareil Digestif  
73, Bd Mohammed V - Casablanca  
Tél : 05 22 27 22 82 / 27 56 05

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : M. BOUDHAR Fatma Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : 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 : Casablanca Le : 08 / 05 / 2020  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
10/03/2020	C2		Gratuit	Docteur AMINE ALBELKADER Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif Bd. Mohammed V - Casablanca Tel: 05 22 27 22 82 / 27 56 65

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOULFANE Groupe K, Rue 54 N° 23/25 El Oulfa - Casablanca Tel.: 05 22 89 09 63 I.C.E.: 000500246000026	10/3/2020	561,80 DM

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CABINET DE RADIOLOGIE Dr. OUM EL BACHA 102, Bd Oum Rabii RDC BORDJ BOU Pays: Algérie	04/03/2020	P320	350 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

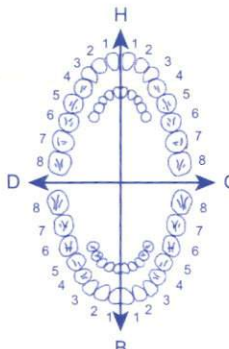
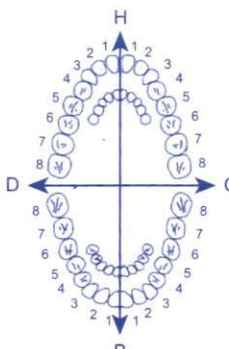
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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 ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

**Docteur AMINE Abdelkader**  
**SPECIALISTE**

**Maladies Digestives**

Ancien Médecin - Assistant  
Hôpital BEAUJON - Paris

A.E.S. de PROCTOLOGIE  
et Diplômé d'ECHOGRAPHIE  
de l'Université de Paris  
Endoscopie Digestive

73, Bd Mohammed V

Tél. : 05 22 27 56 65 et 05 22 27 22 82 - Fax : 05 22 27 56 65  
CASABLANCA

**الدكتور أمين عبد القادر**  
**إختصاصي**

**أمراض الجهاز الهضمي**

طبيب مساعد سابقا بمستشفى

بوجون بباريس

شهادة الدروس العليا لجراحة وعلاج البواسير  
و شهادة الكشف بالصدى

بجامعة باريس

الكشف بالمنظار

73، شارع محمد الخامس

الهاتف: 05 22 27 56 65 - 05 22 27 22 82 الفاكس: 05 22 27 56 65  
الدار البيضاء

Casablanca, le 10/03/2020

**Mme BOUDHAR Fatna**

+ INEXIUM 20 mg CP /1.....14 j  
1 comprimé matin et soir / 30 à 60 minutes avant repas  
PENDANT 14 JOURS

قبل 82 | 10

+ AMOXIL 1 G CP /1.....14 j  
1 comprimé, matin et soir / après repas (pendant 14 jours)

بعد 103

+ ZECLAR500 mg CP j8.....j14  
1 comprimé, matin et soir / au milieu des repas (pendant 7 jours) A  
COMMENCER A PARTIR DU J 8 c'est-à-dire à dater du 8ème jour du  
commencement du traitement,

192,20

+ FLAGYL500 mgCP j 8.....j 14  
1 comprimé, matin et soir / au milieu des repas (pendant 7 jours) A  
COMMENCER A PARTIR DU J 8 c'est-à-dire à dater du 8ème jour du  
commencement du traitement,  
TRAITEMENT DE 14JOURS

49,80

INEXIUM 40 mg CP à prendre e 15ème jour c'est-à-dire après  
avoir terminé le traitement de 14 jours

1 comprimé le matin à jeun / 30 à 60 minutes avant le repas / 28 jours

[www.docteuramine.com](http://www.docteuramine.com)

Dr AMINE Abdelkader  
Spécialiste des Maladies de  
L'appareil Digestif  
73, Bd. Mohammed V - Casablanca  
Tél : 05 22 27 22 82 / 27.56.65



**Docteur AMINE Abdelkader**  
**SPECIALISTE**

**Maladies Digestives**

Ancien Médecin - Assistant  
Hôpital BEAUJON - Paris

A.E.S. de PROCTOLOGIE  
et Diplômé d'ECHOGRAPHIE  
de l'Université de Paris  
Endoscopie Digestive

73, Bd Mohammed V

Tél. : 05 22 27 56 65 et 05 22 27 22 82 - Fax : 05 22 27 56 65  
CASABLANCA

**الدكتور أمين عبد القادر**

**إختصاصي**

**أمراض الجهاز الهضمي**

طبيب مساعد سابقاً بمستشفى

بوجون بباريس

شهادة الدروس العليا لجراحة و علاج البواسير  
و شهادة الكشف بالصدى

بجامعة باريس

**الكشف بالمنظار**

73، شارع محمد الخامس

الهاتف: 05 22 27 56 65 - 05 22 27 22 82 - الفاكس: 05 22 27 56 65  
الدار البيضاء

Casablanca, le 10/03/2020

**Mme BOUDHAR Fatna**

INEXIUM 20 mg CP /1.....14 j

1 comprimé matin et soir / 30 à 60 minutes avant repas

PENDANT 14 JOURS

AMOXIL 1 G CP /1.....14 j

1 comprimé, matin et soir / après repas (pendant 14 jours)

ZECLAR500 mg CP j8.....j14

1 comprimé, matin et soir / au milieu des repas (pendant 7 jours) A

COMMENCER A PARTIR DU J 8 c'est-à- dire à dater du 8ème jour du commencement du traitement,

FLAGYL500 mgCP j 8.....j 14

1 comprimé, matin et soir / au milieu des repas (pendant 7 jours) A

COMMENCER A PARTIR DU J 8 c'est-à- dire à dater du 8ème jour du commencement du traitement,

TRAITEMENT DE 14JOURS

INEXIUM 40 mg CP à prendre e 15ème jour c'est-à-dire après avoirterminé le traitement de 14 jours

1 comprimé le matin à jeûn / 30 à 60 minutes avant le repas / 28 jours

[www.docteuramine.com](http://www.docteuramine.com)

**PHARMACIE SOUFIANE**

Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 89 09 63  
I.C.E : 000500246000026

[dramine73@hotmail.com](mailto:dramine73@hotmail.com)

**Docteur AMINE Abdelkader**

Spécialiste des Maladies de  
L'appareil Digestif

73, Bd. Mohammed V - Casablanca

Tél : 05 22 27 22 82 / 27.56.65

SYNTHEMEDIC  
22 rue souheir bnoou al souam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

640150MP/21NRQ P.P.V: 92,60 DH

6 118001 020591

PPV: 103,60 DH  
LOT: 601524  
PER: 09/20

PPV: 103,60 DH  
LOT: 601524  
PER: 06 2022

192,20

LOT: 19E004  
PER: 06 2024

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V: 49DH80

6 118000 060062

SYNTHEMEDIC  
22 rue souheir bnoou al souam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

40 mg

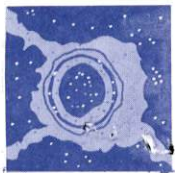
Cpr GR

Boîte 14

641150MP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH

6 118001 020607

PHARMACIE SOUFIANE  
Groupe K, Rue 15, N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tel.: 05 22 85 09 63  
I.C.E: 000500046000026



# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur : AMINE - A

Nom et prénom : M<sup>me</sup> BOUDHAR Fatma M<sup>r</sup> ☐ F<sup>em</sup> ☒ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 1966

Référence : .....

Siège et nature du prélèvement : Autre gastrique + osire +

Cytologie : Fundus

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières régles : .....

- Traitements éventuels : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : Dyspepsie

Radiographies : .....

Date : 04/03/2020 Signature : .....

Docteur **AMINE Abdelkader**  
Spécialiste des Maladies de  
l'Appareil Digestif

104, Bd. Mohammed V - Casablanca  
Tél : 05 22 27 22 82 / 27 56 65

104 مكر، زاوية عبد المومن - 1، زنقة شاتلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.20/21 - الفاكس : 0522.99.37.86  
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél.: 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

Adresse Email : laboratoire.ibnkhaloudoun@gmail.com

**Dr AZZOUZI SOUFIA**

Médecin Anato-mo-Cytopathologiste  
Ancien Professeur de l'Enseignement  
Supérieur du CHU de Casablanca  
D.U Dermatopathologie Université Paris XII



**CABINET DE PATHOLOGIE OUM RABII**

عيادة تشريح الخلايا والأنسجة أم الربيع

Casablanca le 04/03/2020

Nom et prénom : **BOUDHAR FATNA**

Date de réception : 04/03/2020

## Facture N° 20/03049

Nature du prélèvement	Cotation	Prix total	Remise	Net payé
BIOPSIE GASTRIQUE	P320	350,00Dhs		350,00Dhs

Arrêtée la présence facture à la somme de Trois cent cinquante Dirhams



102 ,Bvd Oum Rabii Résidence Selma-RDC-B1-Hay hassani. Casablanca-20220

Tél :0522 93 88 66 -Fax :05 22 93 87 52 E-mail :cpor102@gmail.com

IF :40399984 - ICE 001806698000066 –Taxe professionnelle :35091342

CNSS :8775077 - INPE :091024570 - Patente N°35091342