

## 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

- 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.

N° W21-764923

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 7838 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMAROUCHÉ KHALID

Date de naissance :

27/05/1967

Adresse : 2 Rue Gaseogno les EL MOKHLISIA - ETG1 -

APT 2 - QUARTIER DES HOPITAUX - CASABLANCA

Tél. : 0661691366 Total des frais engagés : 840,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR Amina MASSAK  
Spécialiste en Hépato-Gastro-entérologie  
28, Route de l'Orangerie 1er Etage  
Casablanca - Tel: 0522 31 31 07  
Watsapp: 0668 09 27 31

Date de consultation : 03.10.2022

Nom et prénom du malade : AMAROUCHÉ ALI 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 : Casablanca Le : 03/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : Amina MASSAK

RELEVE 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
03.10.2022				INP : 091046219 Off + autres 440 DT

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3-11-22	440,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																									
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																									
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																					
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																					
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
				H	25533412	21433552																			
				D	00000000	00000000																			
				B	35533411	11433553																			
G																									
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></b> <b>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></b> <b>DATE DU DEVIS <input type="text"/></b> <b>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></b>																									

# Dr. Amina MASSAK

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie

Proctologie médico-chirurgicale

Echographie et Endoscopie Digestives

Ancien Médecin CHU Casa

Ancien chef de service

De Médecine Hôpital BELOUAFI Casa

DATE :

03/10/22

## PROCTOLOGIE

NOM : AYAD MATE

PRENOM : Ali

AGE : 36 ans

R/C :

### COMPTE RENDU PROCTOLOGIQUE

#### \*INSPECTION :

\* Inspections : Hemorroides  
\* vers 15 cm PGI :

#### \*TR :

\* Exu tons  
\*  
\*

#### \*ANUSCOPIE :

\* Sur les murs du rectum  
\* mal fixe  
\*

#### \*RECTOSCOPIE :

\* .....

#### \*SIGMOIDOSCOPIE :

\* .....

#### \*CONCLUSION :

\* Rectal  
\*  
\*  
\*  
\*

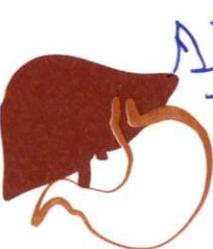
Docteur Amina MASSAK  
Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie  
Proctologue  
1er Etage  
28, Route de l'Indépendance  
Casablanca - Tel: 0522 37 37 07  
WhatsApp: 0655 33 37 37

## Docteur Amina MASSAK

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie  
Proctologie médico-chirurgicale  
Echographie et Endoscopie Digestives

Ancien Médecin CHU Casa  
Ancien Chef de Service  
de Médecine Hôpital BOUAFI Casa

## Casablanca le



الدكتورة أمينة مساك

## أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

### أمراض وجراحة المخ

#### الدكتور سعيد المنظار الطبي

ستشفي ابن رشد 87  
جدة الطبي  
للملاحة Etag 06  
05628 07 37 07  
LOT: 17220005  
PER: 08/2023  
PPU: 54,50 DH

# البلد البيضاء في MASSAK

ALI 37322 37322 09 27 065

# Arznei-MASSAKR

S/V

1 up  
P.P.C. 80  
LAPARAS

www.laparapar

10.1

11415  
S.V

1/2011

97 7 201

100%  
75%  
AVAR

Docteur Amina MACH  
Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie  
Proctologie  
10, avenue de l'Opéra, 75001 Paris  
Téléphone : 562 37 53

Spécial  
28 Route de l'  
Casablanca - Tel. 13  
WhatsApp: 0658 09 27 5

57  
الله منزه  
Dr. J. J. JAPPIN / SCC  
Rue de la Paix 13, 55  
Coccolonico, 105222970  
\*40,50

28, Route de l'Oasis 1er Etage - Casablanca - Tél.: 05 22 37 37 07 -  WhatsApp : 06 58 09 27 37