

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.

Biologie 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

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- 053914

37519

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2730 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Veuve chérif Mohamed

Date de naissance :

Adresse : 14 Rue d'Alger - Ancienne Médina

Tél. : 06-77-69-31-20 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 / 7 / 20

Nom et prénom du malade : BOUCHENI Age :

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

Nature de la maladie : Colite infectieuse

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 : / /

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
29/07/2020	C2		300,00	
			trois ent. 014	
08 AGUT 2020	C2		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/07/2020	465,90.
	18/08/2020	132,10.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

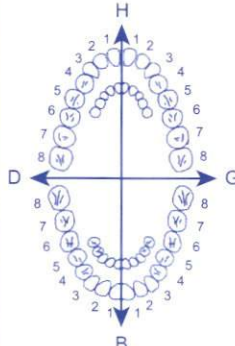
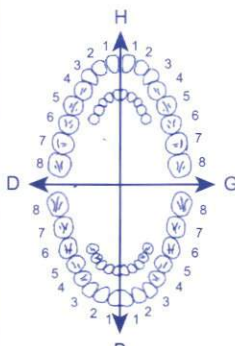
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed AMINE

SPÉCIALISTE

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
Diplômé de C.E.S. Gastro-Enterologie
de la Faculté de Médecine de TOULOUSE

Diplômé de l'Université de Nutrition et Diététique
Diplômé de l'Université de Diabétologie
Diplômé de l'Université des Maladies Phospho-
Calciques de l'Os
Diplômé de l'Université d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de MONTPELLIER

Membre Titulaire de la Société Française
des Maladies de l'Appareil Digestif
Membre Titulaire de la Société Française
d'Endoscopie Digestive
Membre de la société Française de Colo-Proctologie
Membre Actif de la Fédération Francophone
de Cancérologie Digestive

الدكتور محمد أمين

إختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي
شهادة التخصص العليا من كلية الطب بتولوز

شهادة جامعية في أمراض التغذية و السمونة
شهادة جامعية في أمراض السكري
شهادة جامعية في أمراض الفوسفور و الكالسيوم للعظام
شهادة جامعية في الفحص بالصدى
من كلية الطب بمونبولي

عضو رسمي للجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي
عضو رسمي للجمعية الوطنية الفرنسية للفحص
بالمناضار للجهاز الهضمي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الشرج و البواسير
عضو الفدرالية الفرنسية لسرطان أمراض الجهاز الهضمي

RACHID TORDJA

Casablanca, le : 29 JUL 2020 : الدار البيضاء، في :

196/50

① Spectrum 500

89,50 1 box 2

② Lixifon

100,40 2 box

③ Rexam comp eff

79,50 1 box

④ Inductan 200

466,90 3 box



PHARMACIE MARINA
SOFIA EKLOUHEN
54, Rue Ibnou Jahir (Ex Tarave)
Bourgoane - Casablanca
Tel. : 0522 94 24 39 / 0661 63 23 23

Dr. Mohamed AMINE
GASTRO-ENTEROLOGUE
TATA - CASABLANCA
Tél. : 0522 27 96 4

50. زنقة طاطا (بوانكار سابقا) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 01 93 - الفاكس : 05 22 29 54 88

50, Rue TATA (Ex.Poincaré) - CASABLANCA (Face café la Comédie) - Tél.: 05 22 27 01 93 - Fax : 05 22 29 54 88

GSM : 06 61 27 19 19 - E-mail : aminrachid@gmail.com - Autorisation SGG 4248

UT. AV.: 0 1 2 3 P.P.V
7 9 5 0
LOT N°: 1 2 6 3 5 9 79.50

100,419

LOT	19017
PER	12/22
PPV	100DH40

Lot/À consoli
de préférence

20044 012

LOT PER

Prix 89,50 89,50

196,50

Docteur Mohamed AMINE

SPÉCIALISTE

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
Diplômé de C.E.S. Gastro-Enterologie
de la Faculté de Médecine de TOULOUSE

Diplômé de l'Université de Nutrition et Diététique
Diplômé de l'Université de Diabétologie
Diplômé de l'Université des Maladies Phospho-
Calciques de l'Os
Diplômé de l'Université d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de MONTPELLIER

Membre Titulaire de la Société Française
des Maladies de l'Appareil Digestif
Membre Titulaire de la Société Française
d'Endoscopie Digestive
Membre de la société Française de Colo-Proctologie
Membre Actif de la Fédération Francophone
de Cancérologie Digestive

Signature

Casablanca, le :: الدار البيضاء, في

18 AOUT 2020

40,00

① Anti. Spu

3mm

92,10

② Bi Prox m

1cm x 2

132,10

PHARMACIE MARINA
Sofia KOUHEN
54, Rue Ibnou Jahlil (Ex Taravel)
Boulogne - Casablanca
Tél.: 0522 94 24 39 / 0661 63 23 23

MARINA
54, Boulogne
Tél.: 0522 94 24 39 / 0661 63 23 23

Ciprofloxacin

LOT : M0358
PER : 05/2022
PPU : 92,50DH

LOT 190762 4 EXP 04 2021
PPU 40.00 DH

50, Zénقة طاطا (بوانكار سابقا) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 01 93 - الفاكس : 05 22 29 54 88

50, Rue TATA (Ex.Poincaré) - CASABLANCA (Face café la Comédie) - Tél.: 05 22 27 01 93 - Fax : 05 22 29 54 88

GSM : 06 61 27 19 19 - E-mail : aminrachid@gmail.com - Autorisation SGG 4248