

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0035893

62692

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5625 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TOUIL ABDELLATIF

Date de naissance : 01.01.1985

Adresse : Hay EL Mesjed Ave « B » N° 331 CABA

Tél. : 06 41 94 10 59 Total des frais engagés : 228,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DI. MONTEIRO AMINE  
HEPATO-GASTRO-ENTÉROLOGUE  
50, Rue TATA - CASABLANCA  
Tél. : 022 27 01 43 Fax : 022 27 98 47

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TOUIL SAFAA 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 : CABA

Signature de l'adhérent(e) :

ACCIDENT  
MUPRAS  
05/03/2021



### 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
04 MAR. 2021	C2		gratuit	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/3 21	22850

### 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
		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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				CCEFFICIENT 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			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
	<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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
	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 Mohamed AMINE

Spécialiste de :

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Diplômé du C.E.S. de Gastro-Entérologie  
de la Faculté de Médecine de TOULOUSE  
et de MEDECINE INTERNE

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

Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne  
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 Européenne Méditerranéenne  
de Proctologie

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

# الدكتور محمد أمين

إختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

شهادة التخصص العليا من كلية الطب بتولوز والطب الباطني

شهادة جامعية في أمراض التغذية والسمونة  
شهادة جامعية في أمراض السكري  
شهادة جامعية في أمراض الفوسفور والكالسيوم للعظام  
شهادة جامعية في الفحص بالصدى  
من كلية الطب بمونبولي

عضو الجمعية المغربية للطب الباطني  
عضو رسمي للجمعية الوطنية الفرنسية  
لأمراض الجهاز الهضمي  
عضو الجمعية الأوروبية المتوسطة  
لأمراض الشرج والبواسير

04 MARS 2021

Neo Saline

3 l

Megmme

1 comprim

Anti- sp

3 comprim

Vofelene

3 l

25660



MB768 0923  
LOT PER  
Prix 99.00

LOT 203019 1  
EXP 12 2022  
PPV 40.00  
40.00

Lot:  
EXP  
PPV (DH): 28,10

PHARMACIE NASSEF  
Dr. H. ZARHLOULE  
Hay El Masjid Rue 48 N° 11  
El Fida Casablanca  
Tel.: 05 22 28 02 26

Dr. Mohamed AMINE  
GASTRO-ENTÉROLOGUE  
50, Rue TATA - CASABLANCA  
Tél.: 022 27 01 93 - Fax: 022 27 96 41

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: aminerachid@gmail.com - Autorisation SGG 4248