

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

- Reclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0002124

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 27-30 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : Veule CHFIRI Mohamed
Date de naissance :
Adresse : 14 Rue DANFA - Casa Blanca
Tél : 0677 69 31 20 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 24 MAI 2022
Nom et prénom du malade : Boucraoui Dounia Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Colite
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
24 MAI 2022	C	1	3000M	
01 JUIN 2022	C		frélat	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/05/2022	329.40
	01 juin 2022	129.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

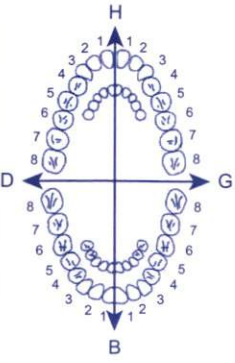
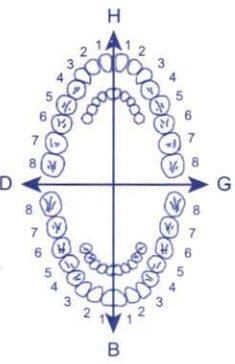
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 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 <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Docteur Mohamed AMINE

الدكتور محمد أمين

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

إختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

شهادة التخصص العليا من كلية الطب بتولوز و الطب الباطني

Diplôme d'Université de Nutrition et Diététique

Diplôme d'Université de Diabétologie

Diplôme d'Université des maladies Phospho-Calciques de l'OS

Diplôme d'Université d'Echographie Générale

de la Faculté de Médecine de MONTPELLIER

شهادة جامعية في أمراض التغذية و السمونة

شهادة جامعية في أمراض السكرية

شهادة جامعية في أمراض الفوسفور و الكالسيوم للعظام

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

من كلية الطب بمونبوتلي

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

عضو الجمعية المغربية للطب الباطني

عضو رسمي للجمعية الوطنية الفرنسية

لأمراض الجهاز الهضمي

عضو الجمعية الأوروبية المتوسطة

لأمراض السرج و البواسير

Casablanca, le 24 MAI 2022 في الدار البيضاء

86.40

thio beclm m
2 m x 2

25.00

Epi dol m

75.00

1 m x 2
Carboline

99.00

2 pill x 30. enet reps

49.00

Li'x'for
2 pill
Anti - que

Dr. Mohamed AMINE

HEPATOLOGUE
50, Rue TATA - Casablanca
Tél : 05 22 27 01 93 - Fax : 05 22 29 54 88

329.40

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

LOT 220751 1
EXP 03 2024
PPV 40.00

THIOBACTIN 500MG
CP B24
P.P.V.: 86DH40
LOT: 21E002
PER: 05/2024
118000 061526

ZYRDOL 500 mg 20 comprimés pelliculés
PPV 29DH00 EXP 12/2024
LOT 10064 4

CARBOLINE CP BTE 30
PPC: 75.00
Ut Av 11/2024 Lot: D390N
IPHADERM

X1019 0126
LOT PER
Prix 99.00 3

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

Diplôme d'Université de Nutrition et Diététique
Diplôme d'Université de Diabétologie
Diplôme d'Université des maladies Phospho-Calciques de l'OS
Diplôme 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

الدكتور محمد أمين

إختصاصي
في أمراض الجهاز الهضمي
شهادة التخصص العليا من كلية الطب بتولوز والطب الباطني

شهادة جامعية في أمراض التغذية و السمونة
شهادة جامعية في أمراض السكرية
شهادة جامعية في أمراض الفوسفور والكالسيوم للعظام
شهادة جامعية في الفحص بالصدى
من كلية الطب بمونبوتلي

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

Casablanca, le 01 JUN 2022 في الدار البيضاء

69.00
1 Proctis

3 pills
39.80
2 Hepamal

3 v
21.00
Lubros

129.80



LOT: 22032 PER: 03/2025
PPV: 21.00 DH

Dr. Mohamed AMINE
HEPATO-GASTRO-ENTÉROLOGUE
30 Rue TATA - CASABLANCA
Tel.: 022 27 01 93 - Fax: 022 27 96 47

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