

# 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.

## Diagnostique 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.

## 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

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.

**PRAS :** 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- 0039945

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5811 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Mme BOUDHAR Fatma

Date de naissance : 01/01/1966

Adresse : 1st sidi abrahamane Rue 33 N° 22 Oulfa Casablanca

Tél. : 06 26 18 55 09 Total des frais engagés : 1356,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur AMINE Abdelkader  
Spécialiste des Maladies de  
L'appareil Digestif  
Bd Mohammed V - Casablanca  
Tél : 05 22 27 27 82 / 27 56 65

Date de consultation : 08/05/2023

Nom et prénom du malade : Mme 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 : 03 / 06 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-039945

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 5811

Nom de l'adhérent(e) : Mme Boudhar

Total des frais engagés : 1356,20


Date de dépôt : 03/06/2020



# 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
08/05/2020	C 2 +	2P	Coratib	<b>Docteur AMINE Abdelkader</b> Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif 73, Bd. Mohammed V - Casablanca Tél : 05 22 27 22 82 / 27.56.65

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/5/2020	22,60 DH
	8/5/2020	311,00 DH

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/05/2020	Bios	1000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

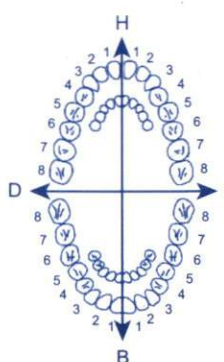
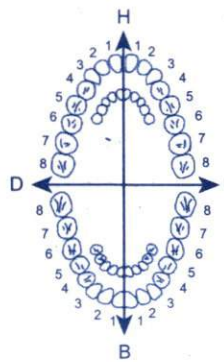
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
																	
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																
																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

**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 و علاج البواسير  
و شهادة الكشف بالصدى

بجامعة باريس

الكشف بالمنظار

73، شارع محمد الخامس

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

Casablanca, le 08/05/2020

**Mme BOUDHAR Fatna**

**SPASFON SUPPOSITOIRES /N°1**

1 suppositoire par jour

/ 1 bte

**LIBRAX CP /N°1**

1 comprimé, matin et soir / avant repas / 1 bte de 30

**BETNEVAL POMMADE N°1**

1 fois par jour

/ 1 tube

**SAFORELLE SOLUTION N°1**

2 fois par jour

/ 1 flacon

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

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



**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 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 08/05/2020

**Mme BOUDHAR Fatna**

INEXIUM 40 mg CP

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

1 bte de 14

SOLUPRED20 CP

N°1

2 comprimés le matin pendant 3 jours / 1 bte

1 comprimé le matin pendant 3 jours

1/2 comprimé le matin le reste

CIRCULEX CP

N°1

2 comprimés matin et soir pendant 4 jours

puis 1 comprimé par jour

/ 1 bte

DOLIPRANE 500 CP

N°1

1 comprimé 3 fois par jour / après repas / 1 bte

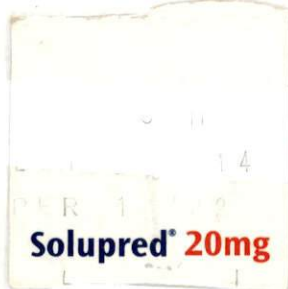
[www.docteuramine.com](http://www.docteuramine.com)

Docteur AMINE Abdelkader  
Spécialiste des Maladies de  
L'appareil Digestif  
73, Bd. Mohammed V - Casablanca  
05 22 27 22 82 / 27.56.65  
dramine73@hotmail.com

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al nouam roches  
noires casablanca  
INEXTUM

40 mg Cpr GR  
Boîte 14

641/160MP 21/NRO P.P.V.: 123,60 DH  
6 118001 020607



58,40

Lot: 190582  
À consommer de 09/2024  
préférence avant le:  
PPC: 129,00 DH

**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 باريس

شهادة الدروس العليا لجراحة و علاج البواسير

و شهادة الكشف بالصدى

بجامعة باريس

**الكشف بالمنظار**

73، شارع محمد الخامس

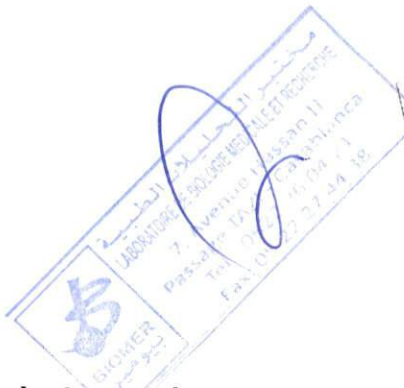
الهاتف : 05 22 27 56 65 - 05 22 27 22 82 الفاكس : 05 22 27 56 65

الدار البيضاء

Casablanca, le 08/05/2020

**Mme BOUDHAR Fatna**

- Test respiratoire à la recherche de HBP  
15 jours après avoir arrêté IPP  
A faire à jeûn



**Docteur AMINE Abdelkader**  
**Spécialiste des Maladies de**  
**L'appareil Digestif**  
**73, Bd. Mohammed V - Casablanca**  
**Tél : 05 22 27 22 82 / 05 22 27 56 65**

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

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



# مختبر التحليلات الطبية

## LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE ET RECHERCHE

Dr. BENHAYOUN S. Azzeddine : Pharmacien Biologiste - Ancien Interne des Hôpitaux de REIMS

Membre de la S.F.B.C. - C.E.S. : Hématologie - Bactériologie & Virologie - Immunologie - Parasitologie & Mycologie

Biochimie Clinique - Pathologie Médicale - Biologie de la reproduction Humaine : IAC - Fécondation In Vitro - ICSI

Assurance Qualité Paris V

**Facture n°** 0EHI4324

CASABLANCA LE : 08/05/2020

Analyses effectuées le: 08/05/2020

Pour.....: **Mme BOUDHAR FATNA**

Sur prescription du: Dr AMINE ABDELKADER

Code.....: 02D4694

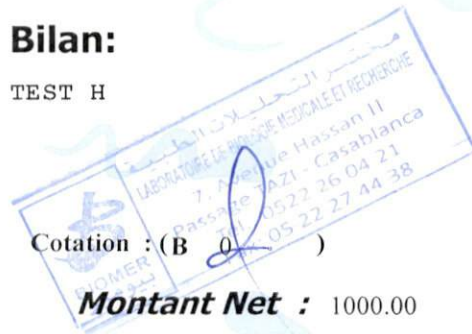
Organisme.....:



09300123

### Bilan:

TEST H



Cotation : (B 0 )

**Montant Net** : 1000.00

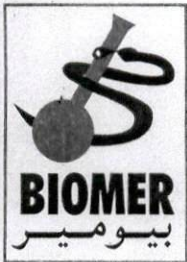
**Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**MILLES Dhs 00 Cts**







# مختبر التحليلات الطبية LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE ET RECHERCHE

Dr. BENHAYOUN S. Azzeddine : Pharmacien Biologiste - Ancien Interne des Hôpitaux de REIMS  
Membre de la S.F.B.C. - C.E.S. : Hématologie - Bactériologie & Virologie - Immunologie - Parasitologie & Mycologie  
Biochimie Clinique - Pathologie Médicale - Biologie de la reproduction Humaine : IAC - Fécondation In Vitro - ICSI  
D.U Assurance Qualité Paris V

Dossier ouvert le : 08/05/2020

Prélèvement reçu à : 09:43

Edition du : 08/05/2020



Mme BOUDHAR FATNA

Code Patient 02D4694 Réf.: 505080829

Médecin: Dr. AMINE ABDELKADER

## BACTERIOLOGIE

=====

RECHERCHE D'HELICOBACTER PYLORI : Test Respiratoire à l'urée 13 C

(Spectrophotomètre IR RICHEN IR-force 200 )

DOR (T30 min - TO min) : 2.5 delta (<4.00)

RESULTAT : ABSENCE D'HELICOBACTER PYLORI

\* INF à 4.00 : TEST NEGATIF

\* SUPR OU EGAL à 4.10 : TEST POSITIF

مختبر التحليلات الطبية  
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE ET RECHERCHE  
Dr. BENHAYOUN S. Azzeddine  
7, Avenue Hassan II - Passage TAZI - CASABLANCA 20080 - الدار البيضاء  
Tél/Fax : 05 22 26 04 21 / 05 22 27 44 38 - E-mail : azzbenhayoun@hotmail.com  
R.C CASA : 200668 - Patente : 33200335 - I.F. : 41500080 - C.N.S.S. : 1241413 - ICE : 001637771000058