

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## caire :

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.

## adie 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.

**RAS :** 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- 0045866

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2362 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NATI ABDESSAMAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066436887 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : 25 SEP. 2019 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :





# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires  	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H	G												
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis											
			Fin de											

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle	
<b>DECLARATION N°</b>	W18-399371		
Date de Dépôt	Montant engagé		Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-399371

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 2362	Signature de l'adherent 
Nom & Prénom		NATI ABDESSAMAD	
Fonction :	RETRAITÉ	Phones 0664368870	
Mail			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient SARA	
Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	<input checked="" type="checkbox"/>
Age		24/04/2000	Date 24/08/11
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Trouble digestif			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes EXAMEN proctologique			
Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires	
		2500H 4500H	
<b>PHARMACIE</b>		Date 24/08/11	
Montant de la facture		360,20	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



# Docteur ABBAD SAID

Diplômé de l'Université de Bruxelles  
Spécialiste de Maladies de l'Appareil Digestif

(Estomac, Intestin, Foie)

Proctologie Médico - Chirurgicale

(Hémorroïdes, Fistules, Fissures - Anales)

Fibroscope, Colonoscopie Digestive

Echographie Digestive

Ancien Chef de Service de Gastro-Enterologie

à la Polyclinique CNSS - INARA



## الدكتور عباد سعيد

خريج جامعة بروكسيل

إختصاصي في أمراض المعدة والأمعاء والكبد

علاج وجراحة المعى الغليظ وأمراض المخرج

التشخيص بالمنظار الباطني

الكشف بالموجات فوق الصوتية

رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمصلحة الضمان الإجتماعي الإنارة

Casa le

21/09/19

122,70 Naji. So Re.  
- Dafter na 4's 30/19

16,00  
- T i t e w reiu

68,60  
- Hepa ned 4's

152,80  
- Eu Zal 20 4's



Docteur ABBAD ELANDLOUSSI Said  
Gastro Enterologue  
Proctologie Médico-chirurgicale  
Fibroscope, Colonoscopie Digestive  
Tél: 05 22 23 70 11 / 05 22 23 76 35

17, Bd. Bir Anzarane - Maârif - Casablanca

(Angle Brahim Roudani, Bir Anzarane,

En Face de la Poste - Maârif

Tel.: 0522 23 70 11 - 0522 23 76 35

360,80

17 شارع بئر أنزان المعاريف الدار البيضاء

زاوية ابراهيم الروداني بئر أنزان

أمام مركز البريد المعاريف

الهاتف : 0522 23 70 11 - 0522 23 76 35

152,90

122,70

هيپانات

قرص 40

A consommer

préférence avant fin :


Lot n°

68,60 DH

03/2022

U067A

SYSTEME DE GESTION QUALITE  
CERTIFIE ISO 9001:2015  
PAR CERTIQUALITY

Produit Fabriqué par ESI s.p.a.  ITALY s.r.l.

Via delle Industrie 1 Abbiadori Marina (SV) ITALY s.r.l.

Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid

Benjelloun - Maarif extension - Casablanca

LOT: 191194  
PER: 06-22  
PPV: 16,00DH

**TITANORÉINE**  
Cartagénate - Oxyde de Titane - Oxyde de Zinc - Lubrifiant

CRÈME

Crème en tube de 20 g

756.159.10.15



**Docteur ABBAD EL ANDALOUSSI SAID**

Hepato Gastro Enterologue

Diplômé de l'Université de Bruxelles

Spécialiste des maladies de l'Appareil Digestif

Proctologie Médico-chirurgicale

(Hémorroïdes, Fistules, Fissures anales)

Fibroscopie ; Colonoscopie Digestive

Certificat Universitaire

pour le Traitement non Invasif de l'obésité : ballon. Intra-Gastrique

Ancien Chef de service de Gastro-enterologie

A la Polyclinique CNSS-INARA

**الدكتور عباد الأندلوسي سعيد**

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

خريج جامعة بروكسيل

اختصاصي في أمراض المعدة والأمعاء والكبد

علاج وجراحة المعوي الغليظ وأمراض المخرج

التشخيص بالمنظار الباطني

الكشف بالموجات فوق الصوتية

شهادة جامعية لعلاج غير جراحي للسمنة (كرة داخل المعدة)

رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمصلحة الضمان الاجتماعي الإنارة

Casablanca le .....

24/10/2011

Nom. Naji Sebs

Diagnose : Rectoangie +  
- Jeune de 25 ans  
- Jeune de 25 ans  
- Jeune de 25 ans

Examen proctologique

Inspection : - La de filon n de fistul anal

Touche Rectal : - non douloureux  
- pas d'hyper tonicité sphincter

Amusé : - Anus  
- Herpes Inter

Docteur ABBAD EL ANDALOUSSI Said  
Hepato Gastro Enterologue  
Proctologie Médico-chirurgicale  
Fibroscopie ; Colonoscopie Digestive  
Tél : 05.22.23.70.11 / 05.22.23.76.35

17, Bd. Bir Anzarane - Maârif - Casablanca (Angle Brahim Roudani - Bir Anzarane, en face de la poste - Maârif)

Tél : 05.22.23.70.11 / 05.22.23.76.35 Email : d-abbad@hotmail.fr

17, شارع بئر أنزران المعاريف الدار البيضاء زاوية إبراهيم الوداني وبير أنزران أمام مركز البريد المعاريف

الهاتف : 05.22.23.70.11 / 05.22.23.76.35

## Docteur ABBAD SAID

Diplômé de l'Université de Bruxelles  
Spécialiste de Maladies de l'Appareil Digestif

(Estomac, Intestin, Foie)

Proctologie Medico - Chirurgicale

(Hémorroïdes, Fistules, Fissures - Anales)

Fibroscopie, Colonoscopie Digestive

Echographie Digestive

Ancien Chef de Service de Gastro-Enterologie  
à la Polyclinique CNSS - INARA



## الدكتور عباد سعيد

خريج جامعة بروكسيل

إختصاصي في أمراض المعدة والأمعاء والكبد

علاج وجراحة المعى الغليظ وأمراض المخرج

التشخيص بالمنظار الباطني

الكشف بالموجات فوق الصوتية

رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمصلحة الضمان الإجتماعي الإنارة

Casa le .....

**24/09/19**

**FACTURE**

NOM ET PRENOM **NAJI SARA**

**EXAMEN PROCTOLOGIQUE COMPLET : 450 DH.**

( Quatre cent cinquante Dirhams.

Docteur ABBAD ELANDALOUSSI Said  
Hepato Gastro Enterologue  
Proctologie Médico-chirurgicale  
Fibroscopie, Colonoscopie Digestive  
Tél : 05 22 23 70 11 / 05 22 23 76 35

**DR ABBAD. S.**