

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.

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0048221

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **P4078**

Matricule : **1788**

Société : **R.A.M.**

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **HOMMANE EL Mostafa**

Date de naissance :

Adresse : **117. Route d'EL Jadida**

Tél. : **0663817862**

Total des frais engagés : **975**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

04 MARS 2020

ACCUEIL

Cachet du médecin :

Date de consultation : **27/12/2019**

Nom et prénom du malade : **HOMMANE EL MOSTAFA**

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **trouble digestif**

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 : **21/3/2020**

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
04/12/19	EXAMEN		450 DH	<p>Docteur ABBAD <i>(Signature)</i></p> <p>Hépatologie Gastro-Entérologie</p> <p>Proctologie Médecine Chirurgical</p> <p>Fibroscopie Coloscopie Diagnostics</p> <p>Tel: 05 22 23 40 38</p>
	Proctologie			
	Capitulaire			
			3000 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DES PRELÈS</p> <p>OUAZZANI Touhami Karim</p> <p>18, Rue El Mansour - Casablanca</p> <p>Tel/Fax 05 22 23 40 38</p>	04/12/19	225,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

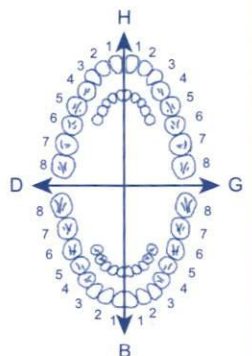
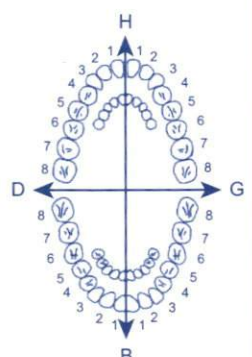
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan

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

86.90

12270

الدكتور عبا

خريج جامعة

إختصاصي في أمراض الكبد والكبد

علاج وجراحة المعى الغليص وأمراض المخرج

التشخيص بالمنظار الباطني

الكشف بالموجات فوق الصوتية

رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمصلحة الضمان الإجتماعي الإنارة

4112113

Casa le

Echographie Digestive

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

Homme . EL No 574

Deflun No

16

Ti te korein per

86.90 1 Ap.

En 2020 2

PHARMACIE DES PELES
OUAZZANI Touhami Karim
18, Rue El Mansour - Casablanca
Tél: 05 22 23 40 33

Docteur ABBAD ELANDALOUSSI Said
Hepato Gastro Enterologie
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.: 0522 23 70 11 - 0522 23 76 35

17 شارع بير أنزران المعاريف الدار البيضاء
زاوية ابراهيم الروداني وبير أنزران
أمام مركز البريد المعاريف
الهاتف : 0522 23 70 11 - 0522 23 76 35

22876

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

بمصححة الضمان الإجتماعي الإنارة

Casa le

04/12/19

FACTURE

NOM ET PRENOM **HOMMANE EL MOSTAFA**

EXAMEN PROCTOLOGIQUE COMPLET : 450 DH.

(Quatre cent cinquante Dirhams.

Docteur ABBAD ELANDALOUSSI Said
Hepato Gastro Enterologie
Proctologie Medico-chirurgicale
Fibroscopie, Colonoscopie Digestive
Tel : 05 22 23 70 11 / 05 22 23 76 35

DR ABBAD. S.

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)

Fibroskopie ; 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 ألالولوسي سعيد

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

خريج جامعة بروكسيل

اختصاصي في أمراض المعدة والأمعاء والكبد

علاج وجراحة المعى 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

4/12/18.

Nom : Homma EL Mostafa

Clinique : Proctologie (+)
- feu à la défécation et à la ponton de la

les proctologie

Injection : Hémorroïdes externe

Touche rectale : non douloureux
- ps d'Agutokide sphincter

Anuscopie : Positive

Proctosy

Docteur ABBAD EL ANDALOUSSI SAID
Hepato Gastro Enterologue
Proctologie Médico-chirurgicale
Fibroskopie, 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 الروداني وبير أنزران أمام مركز البريد المعاريف

الهاتف : 05.22.23.70.11 / 05.22.23.76.35