

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.

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

Réclamation : 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.

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

2054 Déclaration de Maladie

N° P19- 065967
55458

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02054 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DEBBAGH MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 21 RUE KADI BAKKAR Bd YACOUB EL MANSOUR

Casablanca

Tél. : 06 11 22 44 77 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : Le : / /


Signature de l'adhérent(e) :

ME 2054

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
30/12/2020	C3 E60gmk		* 30.0 1400	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/12/2020	413,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

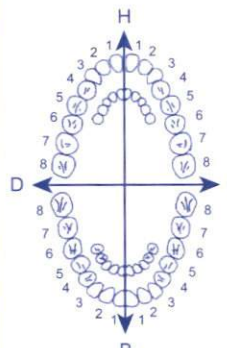
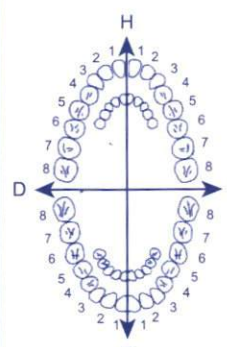
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de

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>		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																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 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

30/12/2020

Dehbe GH. Mohamed

En 2012

2012

21.00



20152 PER:09/2023
PPV:21.00 DH

46.00

digestive



LOT 200295 1
EXP 02 2025
PPV 46.00

54.70

Mohamed



LOT 5470 1
EXP 07 2024
PPV 54.70

34.40

Dupes



LOT : 4307
UT AV : 07 - 21
P.P.V : 34 DH 40

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

زاوية ابراهيم الوداني وبيرو أنزوان
أمام مركز البريد المعارف
الهاتف : 0522 23 70 11 - 0522 23 76 35

L6-2054

29.0.

28,00 x 6.
168,00.

biofar 17f

GT 6PHAGS 1x28

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



BIOFAR Magnesium Vita B6
CP ble 20
PPC : 89.00 DH
Ut Av : Lot :
05/2023 0121/7
IPHADERM

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

28,00

28,00

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

28,00

28,00

473,10



Docteur ABBAD SAID

2054

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 30/12/20

Casa le

FACTURE

NOM ET PRENOM :DEBBAGH MOHAMED

★ Reçu la somme de : 400 DH (Quatre cent dirhams)

Pour une *Echographie Abdominale*.

DR ABBAD EL ANDALOUSSI SAID

Docteur ABBAD EL ANDALOUSSI SAID
Hepato Gastro Enterologie
Proctologie Medico-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

HC 2054



Nom:debbagh,mohamed
ID:20201230-173937-DE35
ABD
Date examen:30/12/2020

Age:70Ans

Sexe:Masculin

Abdomen Ultrasound Report - 2 / 2 Page

Image ultrason



Annotation:

Annotation :

COMPTE RENDU D'ECHORGAPHIE :

Présence de nombreux gaz empêchant une exploration

Foie homogène

Pas de dilatation des voies biliaires intra hépatique

Vésicule biliaire non distendue a paroi mince

Reins :S P

Rate : R A S

Docteur ABBAD EL ANDALOUSSI SAID
Hépatogastro-entérologue
Proctologie Médico-chirurgicale
Fibroscopie, Coloscopie Digestive
Tél : 02 22 23 70 11 / 05 22 23 76 35

DR ABBAD EL ANDALOUSSI SAID

Signature . (sceau):

Date sign.:

DR ABBAD ANDALOUSSI SAID
GASTRO ENTEROLOGUE

17 BD BIR ANZARAN - MAARIF
CASABLANCA
Téléphone: 0522237011
Fax:
Site internet:

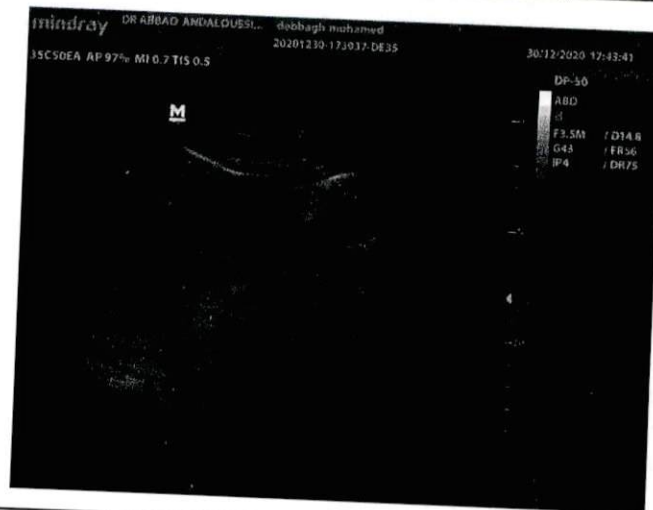


Nom: debbagh, mohamed
ID: 20201230-173937-DE35
Age: 70 Ans
Sexe: Masculin

ABD
Date examen: 30/12/2020
Equipementt utilisé: DP-50
Opérateur: Emergency

Abdomen Ultrasound Report - 1 / 2 Page

Image ultrason



- Douleur abdominale droite
- Douleur abdominale gauche
- Pas de Troubles de Transit
- Insomnie