

# 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 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1291

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ELOUAFI SMAILI DRISS

Date de naissance : 18/05/1950

Adresse : 48 bis Rue Imam Aouzai. Maarif casa

Tél. : 069 857 6108 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 : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : casab

Le : 06/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Docteur ARMAND DELANDOUSSI Signature du Médecin attestant le paiement des Actes
15/02/13	Gastro			Proctologie Gastro Entérologie Fibroscopie Médico-chirurgicale T.T.I. 05 22 23 70 11 / 05 22 23 70 36

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BERNARDIN	15/02/2023	421,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

Diagramme d'alignement dentaire (Orthodontie) :

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

10 of 10

H		G	
D			G
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary or upper arch, with teeth arranged in two rows. The teeth are numbered from 1 to 8 on both the upper and lower arches. The upper arch teeth are positioned above the lower arch teeth. A vertical axis labeled 'H' at the top indicates the mesiodistal direction, and a horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right indicates the buccolingual direction. A small arrow at the bottom points downwards, indicating the direction of the dental arch.

D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVUE

VISA ET SACHET 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 بروكسل

اختصاصي في أمراض المعدة والأمعاء والكبد

علاج وجراحة المعي الغليض وأمراض المخرج

التشخصي بالمنظار الباطني

الكشف بالموحات فوق الصوتية

رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمصحة الضمان الاجتماعي الائنة

Casa le

15/02/2022



LOT : 3307  
UT-AV : 09 - 25  
P.P.V: 30DH50

LOT : 3307  
UT-AV : 09 - 25  
P.P.V: 30DH50

LOT : 223166  
EXP : 09 2027  
PPV : 54.70

Dr. ABBAD ELANDALOUssi Said  
Hepato Gastro Enterology  
Proctologie Médico-chirurgicale  
Fibroscopie, Colonoscopy  
Tél.: 0522 23 70 11

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 أنزاران المعاريف الدار البيضاء

زاوية ابراهيم الروادى و بير أنزاران

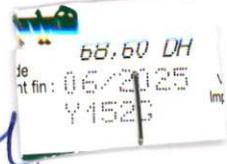
أمام مركز البريد المغاربة

الهاتف : 0522 23 70 11 - 0522 23 76 35

68.60



Hepatite



ay

Dysphélie

les

4540

421.40

Dacteur ABBAD ELANDALOUSSI Said  
Hepato Gastro Entérologue  
Proctologie Médico-chirurgicale  
Fibroscopie Coloscopie Digestive  
05 22 23 70 11 / 05 22 23 76 35



DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
P.E.P : 12/2024  
P.P.V : 45DH40  
6 118000 010494