

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2073 Société : RATI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bouzaj M. Housna FP SCI RATE

Date de naissance : 1930

Adresse :

Tél. : 2354 Total des frais engagés : 935,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/10/2023

Nom et prénom du malade : Bouzaj M. Housna Age : 93

Lien de parenté :  Lui-même  Comptoir  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Maladie de Alzheimer

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 : 16/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE 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
16/10/23	^ Cg -ERoyjh		300 400	Docteur ABBAD ELANDALOUSSY Endo Gastro Entérologue Spécialiste Médico-chirurgicale Colonoscopie Digestive 06 22 73 76 33

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Bonne Zouanahia Bamako - Casablanca	16/10/2023	235,7

INP : 092041094

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

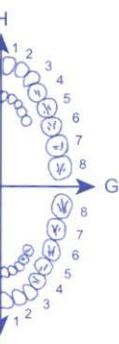
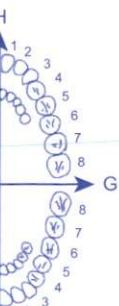
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 ROTHESSES DENTAIRES	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

BEVIRAN FORT®  
mibevirine 200 mg  
Boîte de 30 comprimés

PPV : 44.00 DH

6 018000190943

PPV 190943  
PER 07/26  
LBY M 2665

AIE  
Pixel  
eill

Fibroscopie, Colonoscopie Digestive

Echographie Digestive

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



surgicale  
dres - Anales)

الدكتور عباد سعيد

خريج جامعة بروكسل

اختصاصي في أمراض المسعدة والأمعاء والكبد

علاج وجراحة المعي الغليض وأمراض المخرج

التشخيص بالمنظار الباطني

الكشف بالموجات فوق الصوتية

رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز الهضمي

بمصحة الضمان الاجتماعي الانارة

Casa le

16/10/2021

Bon D T. Mimone

Eu Zol 2021

M. S. C. S.

W.O.D.

Sin Ahi Revalle  
Jebel Ben

Y.70.

Ahe 21

2002

3R

U.S. 235225 pefur

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

PHARMACIE  
MALAKA  
Souscription  
Guerre Palme  
32, Rue  
Sofia Bou Zouhri  
Casablanca  
10400  
0522 23 76 35

Dr. Abdellatif ELANDALOUSSI Said  
Hôpital Gastro-Enterologie  
Professeur de Médecine  
Fibroscopie 23 70 11 05 22 23 76 35  
Endoscopie 23 70 11 05 22 23 76 35  
Echographie Digestive  
Colonoscopie 23 70 11 05 22 23 76 35  
Amam Centre du Maroc  
Tél.: 0522 23 70 11 - 0522 23 76 35  
Le Maroc

17 شارع بير انزان المعابر القاتل الانباري  
زاوية ابراهيم الروانى و بير انزان  
امام مركز البريد المغربية  
هاتف: 0522 23 70 11 - 0522 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 بروكسل

إخلاصي في أمراض المعدة والأمعاء والكبد

علاج وجراحة المعي الغليظ وأمراض المخرج

التشخص بالمنظار الباطني

الكشف بالموجات فوق الصوتية

رئيس سابق لقسم أمراض الجهاز الهضمي

16/10/2023 بمصحة الضمان الاجتماعي

Casa le .....

## FACTURE

**NOM ET PRENOM : BOUDJAJ MIMOUNA**

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

Pour une *Echographie Abdominale.*

**DR ABBAD EL ANDALOUSSI SAID**

Docteur ABBAD ELANDALOUSSI Said  
Hépato Gastro Entérologie  
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 أنزان المعابد الدار البيضاء  
زاوية ابراهيم الروانى و بير أنزان  
أمام مركز البريد المعابد  
0522 23 70 11 - 0522 23 76 35  
الهاتف :



Nom:  
ID:20231016-174048-DE35 Sexe:Incon.  
**ABD**  
Date examen:16/10/2023

## Abdomen Ultrasound Report - 2 / 2 Page

### Image ultrason



### Annotation:

## ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Météorisme abdominal diffus, par ailleurs :

- Foie de taille normale, de contours réguliers, homogène.
- VB normotendue, à paroi fine, libre.
- Absence de dilatation des VBIH ou de la VBP.
- Tronc porte de calibre normal, perméable.
- Rein droit de taille normale, bien différencié, sans dilatation pyélo-calicielle.
- Rein gauche de taille normale, bien différencié, sans dilatation pyélo-calicielle.
- Rate et tête du pancréas d'aspect normal.
- Absence d'adénopathies profondes.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Vessie .

### CONCLUSION:

Echographie abdominale ne révélant pas d'anomalie notable.  
Aérocolie diffuse.

Docteur ABBAD ELANDOUI Said  
Hépato Gastro Entérologue  
Proctologie Médico-chirurgicale  
Fibroscopie Coloscopie Digestive  
Tél : 06 22 23 70 11 15 22 23 76 35

Cordialement.

Signature . (sceau):

Date sign.:

# DR ABBAD ANDALOUSSI SAID

## GASTRO ENTEROLOGUE

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



Nom: ID:20231016-174048-DE35  
Sexe:Incon.

ABD

Date examen: 16/10/2023  
Equipementt utilisé: DP-50  
Opérateur: Emergency

### Abdomen Ultrasound Report - 1 / 2 Page

#### Image ultrason



- Douleur abdominale diffuse
- Ballon et Abdominal
- Anorexie .