

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-767607

135966



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 111111

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BACHA SSOI NOUNIA

Date de naissance : 12.12.78

Adresse : Rue Allal Ben Abdellah

Tél. : 066822535

Total des frais engagés : 746.02 Dhs

Autorisation CNOP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. Abdelhak MELLAH	
Date de consultation : 16/05/2022	
261 Bd. Abdelloumen Imm B N° 2 El G 1 C 50	
22 05 22 06 07 20 10 06 08 10	
Nom et prénom du malade : FARÈZ YOUSSEF RCGH	
Age : 20	
Lien de parenté : Fils même	
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Affection digestive	
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/05/2022

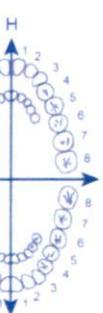
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/10/22			Ca 30000	<p>INR : Abdelmajak MELLITI  Dr. Abdelmajak MELLITI  Gastro Entérologue  261 Bd. Abdeloumen Idrissi B N° 2 El Oued 16250  Tél: 05 22 86 00 20 / 05 47 36 83 00</p> 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie MINA</b> Mme BENNANI Ilyam Docteur En Pharmacie Rue 40 Drissia 1 - Casablanca Tel: 80.07.60	2-10-92	46.00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><i>Dr. Abdellah Gastro Endologue</i>  <i>261 Bd Abdelmoumen n° 28 apt 25a</i>  <i>Tél: 05 22 86 00 20 - 05 22 06 65 00</i></p>	20/10/22	<i>Gastrographie</i> <i>o 2000</i>	<i>2000</i>

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

VOLET ADVICE

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	-----															
	B	35533411	11433553													
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

# **Dr. Abdelhak MELLAH**

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif  
 Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier  
 Échographie abdominale  
 Endoscopie digestive  
 Proctologie médico-chirurgicale



**الدكتور عبد الحق الملاح**  
 اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
 خريج كلية الطب بمونبليي فرنسا  
 الفحص بالصدى  
 الفحص بالمنظار الداخلي  
 علاج وجراحة أمراض الشرج

Le 20/10/2022

Mr FARES MOHAMED REDA

46.00

DIGESTINE

1 gélule le matin à jeun

LOT	221209	1
EXP	04/2027	
PPV	46.00	

Pharmacie MIMA  
 Mme BENZANI Ilham  
 Docteur Dr. Pharmacie  
 6, Rue 40 Driessai - Casablanca  
 Tél: 80.07.60



Dr. Abdelhak MELLAH  
 Gastro Entérologue  
 26184 Abdelmoumen  
 Tel: 05 22 86 00 20 / 06 69 05 73 31  
 dr.mellahgastro@gmail.com



Le 20/10/2022

الدكتور عبد الحق الملاح  
 إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
 خريج كلية الطب بمونبليي فرنسا  
 الفحص بالصدري  
 الفحص بالمنظار الداخلي  
 علاج وجراحة أمراض الشرج

## ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Mr FARES MOHAMED REDA

INDICATION : Douleurs abdominales.

### FOIE :

Foie d'échostructure homogène, contours réguliers, taille normale.

### VESICULE BILIAIRE :

Vésicule biliaire à contenu transsonore et à paroi fine.  
 La voie biliaire principale est de calibre normal.

### RATE ET REIN :

La rate est d'échostructure et de taille normale.  
 Les reins sont de taille et d'échostructure normales

### PANCREAS :

Aspect normal.

### CONCLUSION :

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE NORMALE

**Dr. Abdelhak MELLAH**

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif  
Endoscopie, Échographie  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier



الدكتور عبد الحق الملاح  
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
الفحص بالصدى والمنظار  
خريج كلية الطب بمونبليي فرنسا

Le 20/10/22

NOTE D'HONORAIRES N°

M. FARET YOHANESO  
RGDA

- Fibroscopie OGD :
- Echographie abdominale
- Rectosigmoidoscopie :
- Coloscopie :

quatre cent DT.  
400,00

**Net à payer :**

Sept cent DT.  
700,00

Dr. Abdelhak MELLAH  
Gastro Entérologue  
261 Bd. Abdelmoumen Immeuble B N° 2 étage 1  
Tél: 05 22 86 00 20 / 05 40 06 83 00

261 شارع عبد المؤمن العماره (ب) - رقم 2، الطابق 1 الدار البيضاء - إقامة الأمل ( محطة طرام عبد المؤمن )

261, Bd. Abdelmoumen, Immeuble B N° 2 étage 1, Casa - Résidence AL AMAL ( Station Tram Abdelmoumen )

Tél.: 05 22 86 00 20/05 40 06 83 00 - E-mail : dr.mellahgastro@gmail.com

ICE: 001628998000055 IF: 14441726 TP: 36300334 CNSS: 980622 INP: 091112276