

## 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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

### 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-562786

41520

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 24350 Société : P. A. M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : A. A. A. ABDELHAQ

Date de naissance : 15-11-53

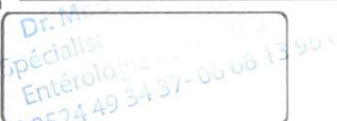
Adresse : A. 591 TASSIQA II

LOT HARBOUCHI, TARRAKICH

Tél. : 0661535857 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/04/2020

Nom et prénom du malade : A. A. A. Abdelhak Age: 67

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : TARRAKICH

Signature de l'adhérent(e) : Le : 27/04/2020

# 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
27/11/2020	CS		40000	INP : 0711206900 Dr. Mounia EL ALAOUI Spécialiste en Endodontologie Tél: 0524 49 34 37-06 68 43 56 88

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		25533411	11433553		B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
25533411	11433553																								
B		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

# Dr. Mounia EL ALAOU

SPÉCIALISTE EN HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

- Diplômée en hépato-gastro-entérologie.  
Université de Medecine Rabat
- Ancien medecin gastro enterologue,  
hôpital Ibn Zohr. Marrakech
- Ancien medecin interne. Rennes
- Ancien medecin interne. Marseille
- Diplômée en Proctologie, Rennes-France



## الدكتورة منية العلوي

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

- دبلوم التخصص في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

بكلية الطب والصيدلة - الرباط

- أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي بمستشفى ابن زهر-مراكش

- طبيبة سابقة بمستشفى زين بفرنسا

- طبيبة سابقة بمستشفى بمارسيليا

- دبلوم التخصص في أمراض الشرج والبواسير برين-فرنسا

Marrakech, le : ..... 27/04/2020 ..... في : مراكش،

## FACTURE

- **NOM/PRENOM : AALA ABDELHAQ**
- **PRESTATION : CONS+ECHO**
- **PRIX : 400 DHS**
- **MODE DE PAIEMENT : ESPECE**

ICE : 0022114130000080 IF : 26054788 INPE : 071206015

شارع الداخلة، 63 إقامة دار الهناء رقم 9، الطابق الأول (مقابل البنك الشعبي) قبل قنطرة الأحباس القديمة - المسيرة 1 - مراكش  
Bd. Dakhla, 63 Résidence Dar El Hana, Appt. N° 9, 1<sup>er</sup> étage - Massira 1 (en face Banque Populaire) - Marrakech

+212 (0) 524 493 437  
+212 (0) 668 139 688

dr.mounia74@gmail.com  
/drmouniaelalaoui



- Diplômée en hépato-gastro-entérologie.  
Université de Medecine Rabat
- Ancien medecin gastro enterologue,  
hôpital Ibn Zohr. Marrakech
- Ancien medecin interne. Rennes
- Ancien medecin interne. Marseille
- Diplômée en Proctologie, Rennes-France



- أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
- دبلوم التخصص في أمراض الجهاز الهضمي والكبد  
بكلية الطب والصيدلة - الرباط
- أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي بمستشفى ابن زهر-مراكش
- طبيبة سابقة بمستشفى رين بفرنسا
- طبيبة سابقة بمستشفى بمارسيليا
- دبلوم التخصص في أمراض الشرج والبواسير برين-فرنسا

مراكش، في : **27/04/2020**  
Marrakech, le :

## COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

**Nom et Prénom** : AALA ABDELHAQ **Age** : 67 ANS **Sexe** : M

**Indication** : DIARRHEE

### **Résultats** :

- Foie : de taille normale, contours réguliers, d'échostructure homogène sans lésion focale.
- Vésicule biliaire : alithiasique à paroi fine.
- Tronc porte : de taille normale, perméable.
- VBP : libre de calibre normale.
- Veines sus-hépatique : perméables.
- Pancréas : homogène, régulier.
- Rate : de taille normale.
- Reins : bien différenciés de taille normale sans dilatation pyélo-calicielle.

### **Conclusion** :

**ECHOGRAPHIE ABDOMINALE SANS PARTICULARITES**

**AEROCOLIE**

Dr. Mounia EL ALAOUI  
Spécialiste en Hépatogastro-entérologie  
Tél: 0524 49 34 37-06 68 13 96 88