

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

ND  
38862 m62949

**Déclaration de Maladie : N° P19-0009079**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2149 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : OUAKKI L. Haddouch Date de naissance : .....

Adresse : EL PASIR .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin** Dr. Haddouch Monna

**Hépatogastroentérologue**

**Endoscopie Digestive**

Av. Allal El Fassi, Complexe Habouss 2,

IMMA, 1er Etage, Bureau N°5, Marrakech

Tél : 05 24 31 32 91

Date de consultation : 25/04/2020

Nom et prénom du malade : El Bazzaz Sameli Ouhakki Lefouassi Age : .....

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

Nature de la maladie : Douleur abdominale

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) : .....

## 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.



# 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 Remont des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/04/2020      | C                 |                       | 320,00                          | Dr. Haddouh Mouna<br>Hépatogastrologie<br>Endoscopie Digestive<br>Av. Allal El Fassi, Complexe<br>IMMA, 1er Etage, Bureau N°2<br>Tél : 05 24 31 32 91 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  <b>PHARMACIE ACHARAF</b><br>Dr. Med Acharaf KARAOU<br>N° 872, Lotissement Acharaf - Marrakech<br>Tél/Fax : 05 24 30 40 46 | 25/04/2020 | 322,30                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

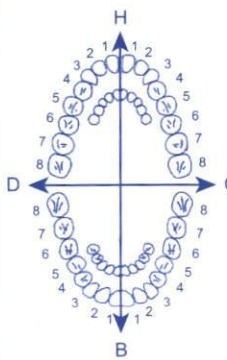
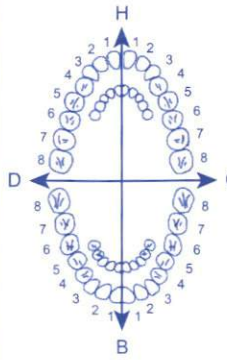
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|---|---|------------------|-------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|    |   |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><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><br><b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | H                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX |
| H   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 25533412  | 21433552  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| D   | G   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 35533411  | 11433553  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| B   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             | DATE DU DEVIS           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Haddouch Mouna

Spécialiste en Hépatologie - Gastro - Entérologie

- Lauréate de la faculté de Médecine de Rabat
- Ancien médecin interne du CHU Ibn sina
- Ancien médecin à l'hôpital militaire de Rabat

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

ENDOSCOPIE DIGESTIVE - PROCTOLOGIE



## الدكتورة حدوش منى

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

- خريجة كلية الطب بالرباط
- طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن سينا
- طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري بالرباط

الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار الداخلي  
للمعدة والمعى الغليظ - علاج أمراض الشرج والبواسير

juin 2019

Marrakech le, 25/ 04/ 2020

Mme EL BEZZAZ SEMLALI EP OUAKKI LALLA SAADIA

1- Spectrum 500mg comprimé, 1 cp fois 2 par jours pendant 05 jours

2- M2GASFON 160mg comprimé, 1 cp fois 3 par jours

3- Kalmilider cp 1cp fois 2 par jour

LOT 200162  
EXP 01/2023  
P.P.V 83.20 DH

LOT : 4066  
U.T. AV : 07 21  
P.P.V : 58 DH 30

KALMILIDER 60 GELULES  
LOT : N0343  
PE : 04/2021  
PRIX : 180,80 DH

Dr. Haddouch Mouna  
Hépatogastroentérologie  
Endoscopie Digestive  
Av. Allal El Fassi, Complexe Habouss 2,  
IMMA, 1er étage, Bureau N°5, Marrakech  
Tél : 05 24 31 32 91

شارع علال الفاسي المكون الجبسي 2، عمارة "أ"، الطابق 1، المكتب رقم 5 - مراكش  
Av. Allal El Fassi, Complexe Habouss 2, Imma, 1er étage, Bureau N°5, Marrakech  
Tél: 05 24 31 32 91  
Email: Drhaddouchmouna@gmail.com



**Dr. Haddouch Mouna**

Spécialiste en Hépatologie - Gastro - Entérologie

- Lauréate de la faculté de Médecine de Rabat

- Ancien médecin interne du CHU Ibn sina

- Ancien médecin à l'hôpital militaire de Rabat

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

ENDOSCOPIE DIGESTIVE - PROCTOLOGIE



**الدكتورة حدوش منى**

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

- خريجة كلية الطب بالرباط

- طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن سينا

- طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري بالرباط

الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار الداخلي

للمعدة والمعي الغليظ - علاج أمراض الشرج والبواسير

25/04

M<sup>me</sup> de Bezzaz Samia Elouakki Lalla Saadia

## NOTE D'HONORAIRES

Date : 25/04/2020 13:36:15

DATE

Consultation

25/04/2020 13:36:05

300,00

**Dr. Haddouch Mouna**  
**Hépatogastroentérologue**  
**Endoscopie Digestive**  
Av. Allal El Fassi, Complexe Habouss 2,  
IMMA, 1er Étage, Bureau N°5, Marrakech  
Tél : 05 24 31 32 91

شارع علال الفاسي المركب الجبسي 2، عمارة "أ"، الطابق 1، المكتب رقم 5 - مراكش

Av. Allal El Fassi, Complexe Habouss 2, Imma, 1<sup>er</sup> étage, Bureau N°5, Marrakech

Tél: 05 24 31 32 91

Email: Drhaddouchmouna@gmail.com