

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-586291

47687

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 3130		32. D. M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AALA, ABDELHAK			
Date de naissance : 15.11.1953			
Adresse : 4591 MASSIRA III			
Tél. 0661535857 Total des frais engagés : 260.88			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Mounia EL ALAOUI, Spécialiste en hépatogastro-entérologue, Entrée en exercice le 01/01/2012, N° 0988			
17 NOV. 2020			
ACCUEIL			
Date de consultation : 06/11/2020			
Nom et prénom du malade : AALA ABDELHAK Age: 67			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Colopathie fonctionnelle			
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, 17 Novembre 2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/11/2020

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
6/11/2018	CS		400000	INP : 041206018

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/11/2023	259,80

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>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																	
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																	
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G			B	00000000	00000000			35533411			11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
	H	25533412	21433552																														
	D	00000000	00000000																														
	G																																
	B	00000000	00000000																														
			35533411																														
			11433553																														
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>			<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																														



- Diplômée en hépato-gastro-enterologie. 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

- دبلوم التخصص في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
  - بكلية الطب والصيدلة-الرباط
  - أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي بمستشفى ابن طبيبة ساقية بمستشفى رين بفرنسا
  - طبيبة ساقية بمستشفى بماراسيليا
  - دبلوم التخصص في أمراض الشير والواسير برين-ف

مراكش، في : ٢٠٢٠ / ١٥ / Marrakech, le :

6/11/2020

MR AALA ABDEL HAQ

40.40 x 2

## 1. Neurospasmic

89.50 x 14 cph. x 31 j. pdtr 15 j

## 2. Lixifor

I gelule le sūn pakt min

259,88

X1001 0224  
LOT PER  
Prix 89.50

~~Dr MARYNA TSYPAKALO~~  
~~Mosina ul. 11/14 466~~  
~~ref. 11/14 466 978. Monchobec~~

Dr. M. M. El-Sherif  
Chairman of the Board  
Signature  
Date 90/03/2006  
Name of the Office a LOT

20046 0124  
Somme  
ice a LOT  
Prix PER  
89,50

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

- Diplômée en hépato-gastro-enterologie. Université de Médecine Rabat
- Ancien médecin gastroenterologue, hôpital Ibn Zohr. Marrakech
- Ancien médecin interne. Rennes
- Ancien médecin interne. Marseille
- Diplômée en Proctologie, Rennes-France



Marrakech, le : 06-11-2020 مراكش، في :

## COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

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

Indication : COLIQUES ABDOMINALES

Résultats :

- Foie : de taille normale, contours réguliers, d'échostructure homogène sans lésions focales.
- Vésicule biliaire : alithiasique à paroi fine.
- Tronc porte : de taille normale.
- VBP : libre de calibre normale.
- Veines sus-hépatiques : 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 hépato-gastro  
Entérologie et Proctologie  
Tél: 0524 49 34 37 - 0668 13 96 88

شارع الداخلة، 63 إقامة دار ال�نا رق 9، الطابق الأول (مقابل البنك الشعبي) قبل قنطرة الأسباس 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



