

## 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-716076

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11915 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL Achouri Amal

Date de naissance : 15/10/76

Adresse :

Tél. : 0535948555 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr Amas HAMOUDAN

Cachet du médecin : Hépato-gastroentérologue - 64, Av. Blagui Bur, des Palmiers N°6 - FES

Tél: 05 35 94 31 00 / GSM: 06 66 51 64 74

Date de consultation : 08/06/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et de ne pas avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 08/06/22 Le : 08/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr Amas HAMOUDAN  
Hépato-gastroentérologue - 64, Av. Blagui Bur, des Palmiers N°6 - FES  
Tél: 05 35 94 31 00 / GSM: 06 66 51 64 74  
INPE : 141162727

Dr. AMOS HENRI MUDJAN  
 64, Avenue de la République  
 93000 La Courneuve  
 Tél: 01 49 33 31 00  
 INP: 142072628

| 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 |
| 08.06.22                       | C2                | C5                    | 200                             |                                                                |
| 08.06.22                       | K10               | Procé                 | 200                             |                                                                |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                           |          |                       |
|-----------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la facture |
|                                                     | 08/06/22 | 129,50                |

| 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                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|
| La praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| Important :<br>Veuillez 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"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES                                                                                                  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>05533410</td> <td>01430552</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>05533411</td> <td>11431553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table> |                  |             |                                                                                                                                                                                       | H | H | 05533410 | 01430552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 05533411 | 11431553 | B | B |
|                                                                                                                             | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | H                |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             | 05533410                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 01430552         |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 00000000         |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | G                |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 00000000         |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             | 05533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 11431553         |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | B                |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             | [Creation, remont, adjonction]                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             | Fonctionnel, Thérapeutique, neocrone à la prothèse                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION                                                                                                                                     |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |

# د. أنس حمودان

## DR ANAS HAMOUDAN

-Former Associate MD  
of the Hepato-Gastroenterology  
Department, University Hospital of Fez.

طبيب ملحق سابقا بمصلحة الجهاز الهضمي  
بالمركز الاستشفائي الجامعي بفاس

-Former doctor in public  
assistance of paris hospitals.

طبيب سابق بمستشفيات باريس



INPE: 141162727

Fés le : 08/06/2022

Mme EL ACHOURI AMAL Né (e) le 15/10/1976

### ORDONNANCE

MORIDIL CRÈME

1 app x 2/j pdt 20j

MORIDIL SUPPO

1 suppo x 2/j pdt 20j

VENOREINE

1 cp 1r matin après repas pdt 10 j



UTILISATION  
Quantité de liquide suffisante

COOPER PHARMA  
PPC: 99,00 DH

Prague 1 - République tchèque  
03 41 Hradec Králové - République tchèque  
20110 Casablanca - Maroc

MP/CA/18

COOPER PHARMA



Dr Anas HAMOUDAN  
— Hépatogastroentérologue —  
64, Av. Slaoui bur. des Palmiers  
N°S. FES

Tel: 05 35 94 31 00 / GSM: 06 66 51 64 74  
INPE : 141162727

64 شارع محمد السلاوي مكاتب النخيل مكتب رقم 6 الطابق 1 - فاس

Mohamed Slaoui Avenue 64, Palms offices 1st floor N°6, Fez 30000

Office : 05 35 94 31 00 - Emergency : 06 66 51 64 74 - E-mail : gastrofes@gmail.com

عيادة امراض الجهاز الهضمي والبنواسير

د. أنس حمودان

DR ANAS HAMOUDAN

-Former Associate MD  
of the Hepato-Gastroenterology  
Department, University Hospital of Fez.

-Former doctor in public  
assistance of paris hospitals.

طبيب ملحق سابقاً بمصلحة الجهاز الهضمي  
بالمركز الاستشفائي الجامعي بفاس  
طبيب سابق بمستشفيات باريس



الأربعاء 8 ذو الحعدة 1443  
Examen réalisé le: 08/06/2022

## EXAMEN PROCTOLOGIQUE

Mme EL ACHOURI AMAL

Né (e) le 15/10/1976 45 ans

**Indications:** Rectorragie défécatoire

**Technique:** Genu-pectorale

### Resultat:

#### Inspection

Présence de marisques hémorroïdaires circonférentielles, pas de fissure pas de fistule.

#### Touche rectal

Non douloureuse doigtier propre.

#### Anuscopie + Rectoscopie

L'examen faite jusqu'à 10 cm de la MA au delà le patient mal préparé. La muqueuse est d'aspect normal pas de lésion MEE.  
On note la présence d'une anite hémorroïdaire congestive.

#### Conclusion

Hémorroïde interne grade II congestive avec stigmaté de saignement

Dr Anas HAMOUDAN

— Hépto-gastroentérologue —

64 A SLaoui Avenue des Palmiers

N°6 - FEZ

Tél: 05 35 94 31 00 / 05 66 51 64 74

URPE : 145182727

64 شارع محمد السلاوي مكاتب النخيل مكتب رقم 6 الطابق 1 - فاس

Mohamed Slaoui Avenue 64, Palms offices 1st floor N°6, Fez 30000

Office : 05 35 94 31 00 - Emergency : 06 66 51 64 74 - E-mail : gastrofes@gmail.com

عيادة امراض الجهاز الهضمي والبنواسير

# د. أنس حمودان

## DR ANAS HAMOUDAN

-Former Associate MD  
of the Hepato-Gastroenterology  
Department, University Hospital of Fez.

-Former doctor in public  
assistance of paris hospitals.

طبيب ملحق سابقاً بمصلحة الجهاز الهضمي  
بالمركز الاستشفائي الجامعي بفاس  
طبيب سابق بمستشفيات باريس



Fès le : 08/06/2022



Mme EL ACHOURI AMAL

### Note d'honoraire

| Désignation             | Montant |
|-------------------------|---------|
| EXAMEN PROCTOLOGIQUE    | 200,00  |
| Total Honoraires en MAD | 200,00  |

Dr Anas HAMOUDAN

— Hépatogastroentérologue —  
64, Av. Slaoui bur. des Palmiers  
N°6 - FES

Tel: 05 35 94 31 00 / GSM: 06 66 51 64 74  
INPE : 141162727

عيادة امراض الجهاز الهضمي والابوابسير

64 شارع محمد السلاوي مكاتب النخيل مكتب رقم 6 الطابق 1 - فاس

Mohamed Slaoui Avenue 64, Palms offices 1st floor N°6, Fez 30000

Office : 05 35 94 31 00 - Emergency : 06 66 51 64 74 - E-mail : gastrofes@gmail.com