

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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

- 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 051314

ND, 36527

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000 383 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.36.55.29.06 Total des frais engagés : 244,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/08/2020

Nom et prénom du malade : KEHELI Kenza Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Carcinome + RGO invalidant et mycoses vaginales

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Kenza Le : 12/08/2020

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
07/20	G		30,000	
20/20	Schrotopne (sous cloche)		30,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/08/20	244,00

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 :

Veillez 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 <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		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																		
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
		D	G																	
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
B																				
				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. Ali OUDGHIRI

Spécialiste

des Maladies de l'Appareil Digestif

(Foie - Estomac - Intestin - Hémorroïdes)

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Ancien Spécialiste des Hôpitaux Militaires du Maroc

Membre de la société nationale française de gastro-entérologie

Vidéoendoscopie digestive - Echographie digestive

Cathéferisme rétrograde des voies biliaires (CPRE)

Proctologie Médicale et Instrumentale

Chirurgie Anale

(Hémorroïdes - Fissures - Fistules - Abcès)

الدكتور علي الودغيري

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات باريس

إختصاصي سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

عضو الجمعية الفرنسية الوطنية لأمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالأشعة ما فوق الصوتية (التلفاز)

الفحص الداخلي بالمنظار الفيديوللمعدة و الأمعاء

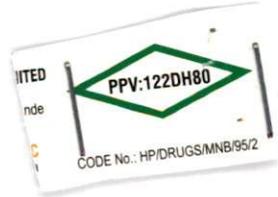
جراحة البواسير



Casablanca le 08/08/2010

Mme NEHELI Kezga

Pharmacie AL FARABI
45, Bd de Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 27 35 82
N°PE 092004639
N°IC: 001654187000019



68,60



HEPANAT 2 cp ev 1 prise apres diner



53,00



DAKTARIN gel buccal

1 cuill. mes. e fonder sur la langue 1 minute 3 x / j, loin des repas



12,180



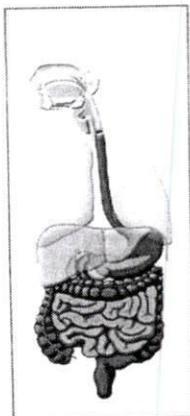
RACIPER 40 mg

2 cuill. 40 1 cp/j le matin x un stop

Docteur Ali OUDGHIRI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Intestin - Hémorroïdes)
46, Bd. BIR ANZARANE - Tél: 05 22 25 18 18
GSM: 06 61 16 01 44
www.docteuroudghiri.ma

Peridys :

1cp 1/4 d'H avant chaque repas



Dr. Ali OUDGHIRI

Hépatogastro-entérologue

46, Bd Bir Anzarane, Résidence Saad, 2^{ème} étage, App. N°3

08-08-2020

Mme KEHELI Kenza

Diplômé de la Faculté
de Médecine de Paris

Ancien assistant des
Hôpitaux de Paris

Ancien spécialiste des
Hôpitaux militaires du
Maroc

Endoscopie digestive
haute et basse

Endoscopie
interventionnelle

Cholangiographie
rétrograde per-
endoscopique (CPRE)

Echographie digestive

Chirurgie de l'anus
(fissure-fistule-
hémorroïdes)

Tel : 05-22-25-18-18

Fax : 05-22-25-42-42

E-mail:

a.oudghiri@menara.ma

Compte rendu d'échoscopie (sans clichés)

CLINIQUE : Epigastralgies et RGO chez une patiente diabétique
avec constipation chronique . Examen échographique.

*Foie bien examiné : de taille normale et d'échostructure également
normale . Les contours sont réguliers.*

VB alithiasique de paroi non épaissie.

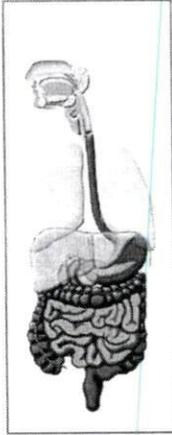
Pancréas bien examiné malgré l'interposition de gaz : RAS.

*Reins de taille et de morphologie normales, sans DPC. Pas de
calculs visibles.*

Rate de taille d'échostructure normales.

Aérocolie sans grande signification pathologique.

Docteur Ali OUDGHIRI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Intestin - Hémorroïdes)
46, Bd BIR ANZARANE, Résidence Saad, 2^{ème} étage, App. N°3
GSM : 06 61 44 18 18
E-mail : a.oudghiri@menara.ma



Dr. Ali OUDGHIRI

Hépatogastro-entérologue

46, Bd Bir Anzarane, Résidence Saad, 2^{ème} étage, App. N°3

08-08-2020

Mme KEHELI Kenza

Diplômé de la Faculté
de Médecine de Paris

Ancien assistant des
Hôpitaux de Paris

Ancien spécialiste des
Hôpitaux militaires du
Maroc

Note d'honoraires

Endoscopie digestive
haute et basse

- Cs.....300 dhs

Endoscopie
interventionnelle

- Echoscopie.....300 dhs

Cholangiographie
rétrograde per-
endoscopique (CPRE)

Echographie digestive

Chirurgie de l'anus
(fissure-fistule-
hémorroïdes)

Tel : 05-22-25-18-18

Fax : 05-22-25-42-42

E-mail:
a.oudghiri@menara.ma

Docteur Ali OUDGHIRI
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Intestin - Hémorroïdes)
46, Bd Bir Anzarane, Résidence Saad, 2^{ème} étage, App. N°3
Tel : 05-22-25-18-18
Fax : 05-22-25-42-42
E-mail : a.oudghiri@menara.ma