

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 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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-517228

ANPC

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 23770

Matricule : 8326 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRIOUCH LOUFI

Date de naissance :

Adresse : 47 RUE IMAN MOUSLIM OASIS

Tél. : 0664396306 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Omar LAHLOU
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif et Chirurgie de l'Appareil

Date de consultation :

06/12/2020
Rue Rostand, Quartier Oasis
Casablanca - Tél. : 0522 99 94 44

Nom et prénom du malade :

DRIOUCH LOUFI

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Calculs rénaux Néphrologie

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 : 06/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Signature

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
06/02/2020		C	300 M	INP

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ABU DABI Rue des Fougereux Oasis - Casablanca Tel: 0522 99 64 10	06/02/20	465,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Bt. Chandi - Casablanca Tel: 05 22 77 45 45	6/2/2020	KFS	102,00

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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la prothèse		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: **Docteur Omar LAHLOU**
 Spécialiste des Maladies de l'Appareil
 Digestif et Chirurgie de l'Anus
 29, Rue Rostand, Quartier Oasis
 Casablanca - Tél: 05 22 99 94 44

ORDONNANCE

Date : 06/2/2020

Nom et Prénom du patient :

N° DRIONGA LATFI

Age :

70,00 - profenid 100
 14 x 1,

LOT : 19E001
 PER: 08/2022

PROFENID 100 MG
 30 CP PEL

P.P.V.: 70DH90



65,00 - omeprazole 20mg
 2 x 1 / 13,



65,00

218,00 - Sevelor 250 vapo

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 218,00 DH
 6 118001 141876

22,00 - clonitrol 1 x 2 / 1



22,00

37,70 - Depom 200 1 - 100



37,70

52,40 - A ce peu 1 x 1



Docteur Omar LAHLOU
 Spécialiste des Maladies de l'Appareil
 Digestif et Chirurgie de l'Anus
 29, Rue Rostand, Quartier Oasis
 Casablanca - Tél: 05 22 99 94 44

Signature :

465,10

BIOCODEX MAROC

P.P.V.: 52,40DH

Pharmacie ABOU ABAL
 Rue d'Abouzein
 Abianca

05822
 07/2020
 P.P.V.: 37DH70



ORDONNANCE

Dr:

Date : 06/2/2020

Nom et Prénom du patient :

Docteur Omar LAHLOU
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif et Chirurgie de l'Anus
29, Rue Rostand, Quartier Oasis
Casablanca - Tél: 05 22 99 44 44

M. DRIOUECH LOTFI

Age :

Echographie Renale

Docteur Omar LAHLOU
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif et Chirurgie de l'Anus
29, Rue Rostand, Quartier Oasis
Casablanca - Tél: 05 22 99 44 44

Radiologie Ghannouchi 282
282, Bd. Ghannouchi - Casablanca
Tél: 05 22 77 45 45

Signature :

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Facture

N° :710/2020

Casablanca, le 06/02/2020

Nom patient : **DRIOUECH LOTFI**

Examen(s) réalisé(s) :

ECHOGRAPHIE RENALE

Montant : **cinq cents (500 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES



IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 06/02/2020

Patient : DRIQUECH LOTFI

ECHOGRAPHIE RENALE

- Le rein droit est de taille normale mesurant 10 x 5.3 x 5.2 cm, bien différencié, sans dilatation des voies excrétrices et sans lithiase décelable.
- Le rein gauche est de taille normale mesurant 11.6 x 5.7 x 5.3 cm, bien différencié, siège d'une lithiase pyélique de 7 mm de diamètre avec discrète dilatation calicielle supérieure.
- A noter un kyste cortical simple médio-rénal gauche de 12 mm de diamètre.
- Vessie vide.
- Prostate augmentée de taille mesurant 5.8 x 4.2 x 4.2 cm soit un volume de 54 cc.

CONCLUSION :

- Lithiase pyélique rénale gauche avec discrète dilatation calicielle supérieure.
- Hypertrophie prostatique mesurée à 54 cc ; à confronter au dosage de la PSA.

Cordialement

DR BENBOUBKER
DR. ROKIA BENBOUBKER
Radiologue
Radiologie Ghândi 282
INPE: 091201244