

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

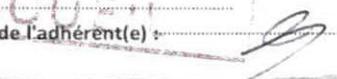
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire <b>23770</b>	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>8326</b>			
Société :			
Nom & Prénom : <b>DRIOUFI LOTFI</b>			
Date de naissance :			
Adresse : <b>47 RUE IMAN MOUSLM OASIS</b>			
Tél. : <b>0661396306</b> Total des frais engagés : ..... Dhs			

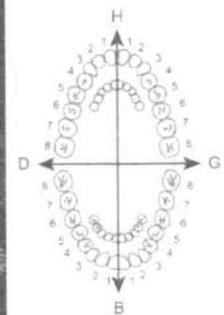
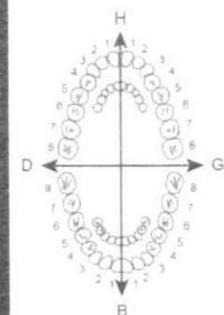
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<b>Docteur Omar LAHLOU</b> Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie de l'Appareil الحياة الهاوية			
Date de consultation : <b>06/21/2020</b> Rue Rostand, Quartier Oasis			
Nom et prénom du malade : <b>DRIOUFI LOTFI</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Colique Néphrolithiasique</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>04 MARS 2020</b>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin prescripteur 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 : <b>ACCUEIL</b> Le : <b>06/10/2020</b>			
Signature de l'adhérent(e) : 			

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
06/02/20	C	300 M		INP : 06/02/20 Docteur OMAR CHOUILOU Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et du Foie Jewjel 6/1, Sidi Abdellah, Quartier Cochine - Casablanca - Tel: 0522.99.94.44

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
B. Chadi - Casablanca Tel: 0522 77 45 45	6/2/2020	KFS	100,00

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
	G	00000000	00000000	
<input type="checkbox"/>	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				



Dr:  
Docteur Omar LAHLOU  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil  
Digestif et Chirurgie de l'Anus  
29, Rue Rostand, Quartier Oasis  
Casablanca - Tel: 0522 99 94 44

## ORDONNANCE

Date : 06/12/2020

Nom et Prénom du patient :

Dr. DRIBI NASSER LATIFI

Age:

PROFENID 100 MG  
30 CP PEL  
PER. : 08/2022  
P.P.V : 70DH90

6 118000 060802

70,00 - Profenid 100 mg  
x 30

65,00 - Ovo pnc 20 mg  
x 30

516,00 - Selsis 250 mg x 10

22,00 - Clavetyl 1 g x 2 fts

37,00 - Déform 250 mg IUB

52,40 - A cu pseu 1 g

465,10

65,00

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 218,00 DH  
ID : 625031  
6 118001 141876

22,00

Docteur Omar LAHLOU  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil  
Digestif et Chirurgie de l'Anus  
29, Rue Rostand, Quartier Oasis  
Signature : 99.94.44

BIOCODEX MAROC

P.P.V.: 52,40DH

29 Rue Rostand, Qu  
Tél : (+212) 05 22 999 444 (lignes groupées)

AJ5822  
10/2020  
P.P.V: 37DH70

Pharmacie ABOUDABIA  
Rue de Boureuil  
Oasis Casablanca  
Tél: 05 22 25 07 75



## ORDONNANCE

Dr:

Docteur Omar LAHLOU  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil  
Digestif et Chirurgie de l'Anus  
29, Rue Rostand - Casablanca - Tél: (+212) 05 22 999 444

Date : 06/02/2020

Nom et Prénom du patient :

M'BRIOUNE CI LOTFI

Age :

Echographie Reuse

Docteur Omar LAHLOU  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil  
Digestif et Chirurgie de l'Anus  
29, Rue Rostand - Casablanca - Tél: (+212) 05 22 999 444

282, B5, Ghardaïa Casablanca  
Radiologie Ghardaïa 282  
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



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

Casablanca, le 06/02/2020

Patient : DRIOUECH 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 Ghandi 282  
INPE: 091281244