

## 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

- 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-439771

ND: 27659

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8903 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. Benhaddouch Lahou

Date de naissance : 05/11/1943

Adresse : 22, Rue Dar el N°5 Agdal RABAT

Tél. : 067701392 Total des frais engagés : 793,50 Dhs

0537775224

Cadre réservé au Médecin : Dr. Z. CHAOUI ép. L. ZRAK

Cachet du médecin : HEPATO GASTROENTEROLOGUE

Angle Oudja et Allal Asgerdune Imm.54

App N°4, Agdal - Rabat

Tél: 0537 68 19 13

Date de consultation : M. Benhaddouch Lahou

Nom et prénom du malade : M. Benhaddouch Lahou

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : even better balber

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 : 17/02/20

Signature de l'adhérent(e) :



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	
17/02 2020	C		950	[Signature]	101162124

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie AZ-ZU</b> Dr. Behouda 7 Bis, Av. Oued R. - Sale - Tél. 15	17/12/20	19350

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/02/2010	edg p rlu abk	350 D.FRAK

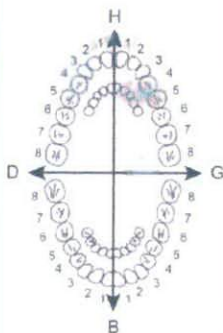
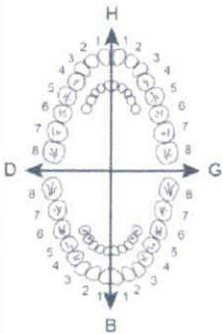
[illegible]

# 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 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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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"/>														
				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. Zakia Chaoui Lazrak

Spécialiste du foie  
et des maladies de l'appareil digestif

Hepato-gastroentérologue  
Ex Attaché au CHU Ibn Sina.

- Endoscopie
- Echographie
- Proctologie



Rabat, le .....

17/02/2020

MR BENHADDOUCH LAHCEN

686  
450  
HEPANAT

2cp x 2/j jusqu'à normalisation du transit

puis 1 cp x2/j 2 sem

Tributine gel 150

1 gel x2/j pdt 10 jours

Zetalax

1 lavement au besoin

7950  
1936  
Pharmacie AZ-ZAHRA  
Dr. Bensouda Mohammed  
Oussama  
7 Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat  
Salé - Tél./Fax : 05 37 80 71 00

د. زكية الشاوي الأزرق

إختصاصية في أمراض الكبد  
و الجهاز الهضمي

ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن سينا

- التشخيص بالمنظار
- التشخيص بالأمواج الصوتية
- امراض الشرج و البواسر



Lot : 072  
A-utiliser de  
préférence avant le : 10/2024  
PPC : 79,50 DH

Dr. Z. CHAOUI  
HEPATO-GASTRO-  
Angle Oqba et Ain Asserdoune Imm  
App N° 4 Agdal - Rabat  
Tél: 0537 68 19 13





# Cabinet d'Hepato-gastroentérologie

Dr. Z. CHAOUI LAZRAK

17/02/2020

Compte rendu Echographie abdominale

MR BENHADDOUCH LAHCEN

AGE 77 ans

Renseignement clinique : Grosse eventration ,ballonnement

- \_Examen difficile gêné par les gaz et l'eventration
- \_Foie de taille normale, discrètement réfléchissant ,homogène, contours réguliers pas de lésions focales dans les limites de l'examen
- \_Vésicule à paroi fine alithiasique
- \_T P calibre normale perméable ,V S H calibre normale perméable
- \_Pas de dilatation des voies biliaires intra et extrahepatiques
- \_Pancreas non exploré
- \_Rate taille normale homogène
- \_Rein droit et rein gauche mauvaise différenciation cortico medullaire
- \_pas d'épaississement digestif ,aerocolie
- \_Pas d'épanchement péritoneal mis en évidence ce jour

Conclusion

Echographie hépato biliaire et abdominale normale dans les limites de l'examen

  
Dr. Z. CHAOUI LAZRAK  
HEPATO-GASTROENTEROLOGUE  
Angle Oqba et Ain Asserdoune Imm.54  
App N°4, Agdal - Rabat  
Tél: 0537 68 19 13