

## 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.

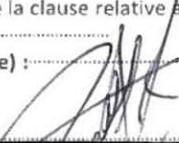
N° W19-439771

ND: 27659

|  |                                   |   |                                 |
|--|-----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie  | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique  | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)   |                                   | Société :   |                                 |
| Matricule : 5903   |                                   | Nom & Prénom : M <sup>r</sup> Benhaddouch Lahcen                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif   |                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Date de naissance : 05/11/1943   |                                   | Adresse : 22, Rue Darès N°5 Agdal RABAT   |                                 |
| Tél. 0671701392<br>05377778224   |                                   | Total des frais engagés : 793,50 Dhs  |                                 |
| Cadre réservé au Médecin<br>DR Z. CHAOUI ép ZRAK<br>HEPATO GASTROENTEROLOGUE<br>Angie Ouba et AN/Asserouine Imm.54<br>App N°4, Agdal - Rabat<br>Tél: 0537 68 19 13 |                                   |   |                                 |
| Cachet du médecin :  |                                   |   |                                 |
| Date de consultation : 05/11/2020  |                                   |   |                                 |
| Nom et prénom du malade : M <sup>r</sup> Benhaddouch Lahcen  |                                   |   |                                 |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant                                   |                                   |   |                                 |
| Nature de la maladie : hypertension  |                                   |   |                                 |
| 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 : 05/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 05/11/2020

| 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                                      |
| 17/01/2020                     | C                 |                       | 2500                            | CHAPUT 15/01/2020<br>HEPA<br>Angle Oppo à la gare<br>APU N° 14 Ag 13<br>Tél: 053788767<br>101102126 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>et du Fournisseur                                  | Date     | Montant de la Facture |
| Pharmacie AZ-Z<br>Dr. Bensouda Dousse<br>Bis, Av. Oued R<br>Sale - Tel. 15 | 17/12/20 | 1935-                 |

| ANALYSES - RADIOPHYSIES                             |            |                              |                        |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| 17/02/2010  | 17/02/2010 | radiographie<br>abdomen      | 350 Dr. FRAN           |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES   |  |                            |  |   |  |  |
|--|--|----------------------------|--|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                   |  |                            |  |   |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. |  |                            |  |   |  |  |
|  | SOINS DENTAIRES<br><br>Dents Traitées<br><br>Nature des Soins<br><br>Coefficient | INP : <input type="text"/> |  |   |  |  |
|  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX    |  |   |  |  |
|  |  | MONTANTS DES SOINS         |  |   |  |  |
|  |  | DEBUT D'EXECUTION          |  |   |  |  |
|  |  | FIN D'EXECUTION            |  |   |  |  |
|  |  |                            | O.D.F.<br>PROTHÉSES DENTAIRES<br><br>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE<br><br>H<br>25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D ————— G<br>00000000   00000000<br>35533411   11433553<br><br>B | COEFFICIENT DES TRAVAUX   |  |  |
|  |  |                            |  | MONTANTS DES SOINS  |  |  |
|  |  |                            |  | DATE DU DEVIS   |  |  |
|  |  |                            |  | DATE DE L'EXECUTION   |  |  |
|  |  |                            |  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |  |
|  |  |                            |  |   |  |  |
|  |  |                            |  |   |  |  |
|  |  |                            |  |   |  |  |
|  |  |                            |  |   |  |  |
|  |  |                            |  |   |  |  |

# 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



د. زكية الشاوي الأزرق

اختصاصية في أمراض الكبد  
و الجهاز الهضمي

ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن سينا

■ التشخيص بالمنظار

■ التشخيص بالأمواج الصوتية

■ أمراض الشرج و البواسر

Rabat, le .....

17/02/2020

68,6

MR BENHADDOUCH LAHCEN

## HEPANAT

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

450 puis 1 cp x2/j 2 sem

## Tributine gel 150

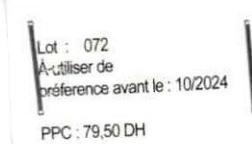
1 gel x2/j pdt 10 jours

## 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



Dr. Z. CHAOUI  
HEPATO-GASTROENTEROLOGISTE  
Angle Oqba et Ain Asserdoune Imm 54 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 génér par les gaz et l'eventration
- \_ Foie de taille normale, discrétement 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 biliare 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: 0527 68 19 13