

## 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° W21-678729

par  
TAOUZI

129513

|                                       |  |                                  |                                 |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie      | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)         |  |                                  |                                 |
| Matricule :                           | 1839   | Société :                        |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif        | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : TAOUZI - AHMED.        |  |                                  |                                 |
| Date de naissance : 13 - 9 - 1952     |  |                                  |                                 |
| Adresse : 11, Rue Ibn HAITAM - TANGER |  |                                  |                                 |
| Tél. :                                | 06:65231233                                      | Total des frais engagés : Dhs    |                                 |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2015

|   |   |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin  | Dr. SEDRAOUI ALI<br>Echographie Générale<br>الدكتور السدراوي على<br>التحصي باتجاهات ماغنوق الصوتي<br>Tél.: 0539 93 68 92 - Tanger |
| Cachet du médecin :   |   |
| Date de consultation :  | 12/09/2011  |
| Nom et prénom du malade :   | TAOUZI AHMED  |
| Lien de parenté :   | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant                    |
| Nature de la maladie :  | Bouleau Abdessinale + Embolys   |
| 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 : ..... / ..... / .....

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    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 12/09/92        | consultation      | Cratérola             |                                 | INP : 116145534   |
|                 |                   |                       |                                 | Dr. SEDRA<br>Echographie Générale<br>البروبيكتور<br>1992 - Tanger |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <br><b>Mme SOUADNE Souad</b><br>Pharmacienne<br>Place de France - TANGER<br>05 39 93 64 24 | 12.09.2022 | 188.50                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                     | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Dr. SEDRAO<br>Echographie Générale<br>LE 23/09/91<br>Tanger<br>93 68 92 | 12/09/91 | Echo 235                     | 400,00 DA              |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## **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 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<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             |  |          |          |          |       |  |          |          |          |          |  |
|                              | <p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> |                  |             | 25533412                                     | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| 25533412                     | 21433552  |                  |             |  |          |          |          |       |  |          |          |          |          |  |
| 00000000                     | 00000000  |                  |             |  |          |          |          |       |  |          |          |          |          |  |
| <hr/>                        |   |                  |             |  |          |          |          |       |  |          |          |          |          |  |
| 00000000                     | 00000000  |                  |             |  |          |          |          |       |  |          |          |          |          |  |
| 35533411                     | 11433553  |                  |             |  |          |          |          |       |  |          |          |          |          |  |
|                              | <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |       |  |          |          |          |          |  |
|                              |   |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |          |          |          |       |  |          |          |          |          |  |
|                              |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |          |          |          |       |  |          |          |          |          |  |

**Dr. SEDRAOUI ALI**  
**CABINET D'ECOGRAPHIE GENERALE**  
**ABDOMINO, GYNECO-OBSTETRICALE**  
**MAMMAIRE & THYROIDIENNE**  
**7, Rue de Mexique, 2<sup>me</sup> Etage, TANGER**  
**TEL : 05.39.93.68.92**

**الدكتور السدراوي على**

عيادة التشخيص العام بالموجات ما فوق الصوتية  
 البطن - أمراض النساء و الولادة - الثدي - الغدة الدرقية  
 7، شارع المكسيك، الطابق الثاني، طنجة  
 الهاتف : 05 39 93 68 92

11-09-11.

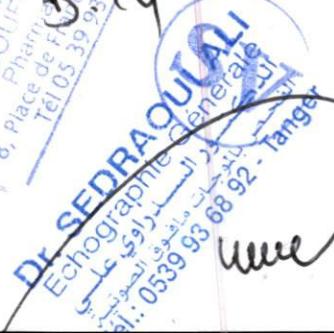
Mr. AHMED RAEEZI

1) Relaxal 500 mg ——————  
 53.10 1 قپ x 31 جام

2) Difal 10 mg ——————  
 44.20 1 قپ x 31 جام

3) 8PP 20 mg ——————  
 53.00 1 قپ x 31 جام (après repas)

11-09-11.



W. Dif al qf ..

l'applica

Sdei



Dr SEDRAOUI ALI  
Echo graphie Générale  
الدكتور سدراوي علي  
الشخص بالذاته متخصص في الصوتية  
Tél.: 0539 93 68 92 - Tanger

38.20

188.70



**Indications - Contre-indications**  
mode et voie d'administration :  
lire notice intérieure.

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المقابض  
وكيفية الاستعمال : إقرأ البليط داخله  
محترفات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب  
G Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

Conserver à une température inférieure  
à 30°C et à l'abri de l'humidité  
Ne pas laisser à la portée des enfants  
يحفظ في أقل من 30 درجة حرارية  
و بعيداً عن الرطوبة  
لا يترك في متناول الأطفال

**IPP®**  
Oméprazole 20 mg  
Boîte de 14 gélules  
**P.P.V. : 53,00 DH**  
  
6 118000 190547

## أوميرازول 20 ملغ

أ ب ب  
كابح ضخ البروتون



### 14 كبسولة

عن طريق الفم



وحدات حببية مقاومة  
للاحماض المعدية

**G** غالينيكا

**Composition :**

Oméprazole ..... 20 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 gélule  
Excipients à effet notable : saccharose,  
sels de sodium, mannitol, parahydroxy-  
benzoate de méthyle sodique et de  
propyle sodique

Cette boîte contient 14 gélules,  
soit 280 mg d'oméprazole.

AMM N° : 137/17DMP/21/NRQr

التركيب : أوميرازول ..... 20 ملغ  
سيوغلات لما يكتب ..... كبسولة واحدة  
سيوغلات ذات تأثير معلوم ..... السكروز أملاح  
الصوديوم، مالتيتول، براهيديروكسبيبروت مينيل  
صوديوم و روبيل صوديوم

Dr Maria MAFTOUH - Pharmacien Responsable

Liste II

احسِّر مسو الحر نهاد المحسدة  
Respecter les doses prescrites

## Oméprazole 20 mg

# IPP®

Inhibiteur de la pompe à protons



### 14 gélules

microgranules  
gastro-résistants

voie orale

**G** GALENICA

Tube de 50 g

**DIFAL®**

diclofénac sodique

Gel 1%

Inflammation des muscles et des articulations  
Douleurs rhumatismales

GALENICA



Usage externe

AMM N° : 04 DMP/21/NNP

**Composition :**

Diclofénac sodique ..... 1 g

Excipients q.s.p ..... 100 g

Tube de 50 g - Usage externe

**DIFAL®**

Diclofénac sodique - Gel 1%

Tube de 50 g

P.P.V. : 38,20 DH



6 118000 191353



Dr. Maria MAFTOUH-*Pharmacien Responsable*

مخنترات غالينيكا - مص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

أنبوب 50 غ

LOT: J1468

PER: 12/24

التهاب العضلات و المفاصل  
آلام الروماتيزم

استعمال خارجي

**دِيفَال**  
ديكلوفيناك صديومي  
هلام 1%

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المقاييس - كيفية الاستعمال  
Indication - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi :  
إقرأ البيان داخله.

Liste II

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

احسروا الجرعات المحددة  
Respecter les doses prescrites

30 comprimés

Voie orale

DIFAL®  
diclofénac sodique  
50 mg

ANTALGIQUE  
ANTI-INFLAMMATOIRE

G GALENICA

COMPOSITION :

AMM N° : 296/17DMP/21/NRQ

Diclofénac sodique ..... 50 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 30 comprimés enrobés gastro-résistants.

Cette boîte contient 1,5 g de diclofénac sodique.

Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

مخترنات غالينيكا - مرضي أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب

G Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

DIFAL®

Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH

6 118000 190349

30 قرصاً

عن طريق الفم

دِيفَال  
ديكلوفيناك صديرسى  
50 ملغ

مسكن الآلام  
ضد الإلتهاب

غالينيكا G

**Dr. SEDRAOUI ALI**

CABINET D'ECOGRAPHIE GENERALE  
ABDOMINO, GYNECO-OBSTETRICALE  
MAMMAIRE & THYROIDIENNE  
7, Rue de Mexique, 2<sup>ème</sup> Etage, TANGER  
TEL. : 05.39.93.68.92

**الدكتور السدراوي علي**

عيادة التشخيص العام بالموجات ما فوق الصوتية  
البطن - أمراض النساء و الولادة - الثدي - الغدة الدرقية  
شارع المكسيك، الطابق الثاني، طنجة  
الهاتف : 05 39 93 68 92

Tanger le .. 12/09/22

Mr(Mme) .. TAOUZI AHMED

NOTE D'HONORAIRE

Monsieur, j'ai l'honneur de vous présenter la note d'honoraire

De ..... Ouate Cent Dirhams

..... (100, 00 DH)

pour ..... Echotomographie

..... Pb Jumeaux pelviens

Dr. SEDRAOUI ALI  
Echographie Générale  
الدكتور السدراوي علي  
التشخيص بالموجات فوق الصوتية  
Tél: 05 39 93 68 92 - Tanger

**Dr. SEDRAOUI ALI**  
CABINET D'ECHOGRAPHIE GENERALE  
ABDOMINO, GYNECO-OBSTETRICALE  
MAMMAIRE & THYROIDIENNE  
7, Rue de Mexique, 2<sup>eme</sup> Etage, TANGER  
TEL. : 05.39.93.68.92

**الدكتور السدراوي على**

عيادة التشخيص العام بالموجات ما فوق الصوتية

البطن - أمراض النساء والولادة - الثدي - الغدة الدرقية

12/09/2022

7، شارع المكسيك، الطالق الثاني، طنجة

الهاتف : 05 39 93 68 92

TAOUZI AHMED

- FOIE :** - Contour régulier  
- Parenchyme d'écho structure homogène

**VESICULE BILIAIRE :**

- Paroi non épaisse  
- Absence de calculs

**VOIE BILIAIRE PRINCIPALE :**

- Calibre 1 mm

**VEINE PORTE :** - Calibre 12 mm

**PANCREAS :** - Homogène

**REIN DROIT :** - L.C.C. 118 mm  
- Présence d'un kyste parenchymateux avec calcification  
. Taille 13 mm

**REIN GAUCHE :** - L.C.C 119 mm  
- Existence d'une calcifications pyelique de 06 & 05 mm

**RATE :** - Taille normale

**VESSIE:** - Paroi épaisse

**PROSTATE :** - Hétérogène  
- Taille 40 x 62 x 42 mm ( Poids : 52 g )

**CONCLUSION/**

- \* Kyste rénal droit plus micro calcification rénal gauche sans retentissement pyelique
- \* Voies excrétrices urinaires non dilatées
  - . Diag. Dif. se pose
  - . Dorso lombagie
- \* Cystite chronique
- \* Persistance d'urine résiduelle post mictionnel de 3 cm
- \* Prostatite chronique.

TA : 12/8

