

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 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



Déclaration de Maladie

N° W21-678729

120513

par l'adhérent

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAOUZI - AHMED

Date de naissance : 12 - 9 - 1952

Adresse : M. RUE Ibn HAÏAM - TANGER

Tél. : 06.65231233 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

SEDRAOUI ALI
Echographie Générale
الدكتور السدراوي علي
الشيخ بالزجات ماضوق الصوتية
Tél.: 0539 93 68 92 - Tanger

Date de consultation : 12/09/2011

Nom et prénom du malade : TAOUZI AHMED Age : 56 ans

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

Nature de la maladie : Douleur Abdominale + Constipation

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) :

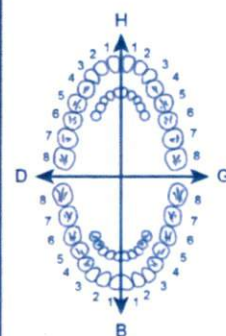
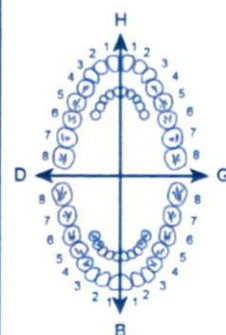
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
12/09/22	consultation	Cratich	INP : 116419494	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12.09.2022	188.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/09/22	Echographie	400.00 DH

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	G															
	D	G														
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Dr. SEDRAOUI ALI
CABINET D'ECHOGRAPHIE GENERALE
ABDOMINO, GYNECO-OBSTETRICALE
MAMMAIRE & THYROIDIENNE
7, Rue de Mexique, 2^{ème} 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
7، شارع المكسيك، الطابق الثاني، طنجة
الهاتف : 05 39 93 68 92

11-09-11.

Mr. AHMED TAOUZI

1) Relaxal 100 ————— و 12-9-11

53.10 1 cp x 3 jour

2) Digal 10 ————— و 12-9-11

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
LOT: Z2E007
PER: 01/2025
6 118000 060833

14.20 1 cp x 3 jour.

3) ZPP 20 ————— و 12-9-11 (après repas)

53.00 1 Gel 1 jour

1-0-0

صيدلية باريس
Pharmacie de PARIS
Mme SOUFIANE Souad
Pharmacie
8, Place de France - TANGER
Tel 05 39 93 68 92

Dr. SEDRAOUI ALI
Echographie Generale
الطبيب السدراوي علي
عيادة التشخيص العام بالموجات ما فوق الصوتية
الهاتف : 0539 93 68 92 - Tanger

4) Difal gel

1 appl/jour

Sau

38.20

188.50



Dr SEDRAOUI ALI
Echographie Générale
الدكتور السعداوي علي
الفحص بالموجات فوق الصوتية
Tél.: 0539 93 68 92 - Tanger

صيدلية باريس
pharmacie de PARIS
Mme SOLIMANE Souad
Pharmacie Souad
8, Place de France - TANGER
Tél 05 39 93 64 24

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

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المقادير
وكيفية الإستعمال : إقرأ البيان داخله

محضرات كالينيك - المار البيضاء - المغرب
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 بعيدا 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

إ ب ب
كأبح ضخ البروتون

14 كبسولة

كالينيك

عن طريق الفم

وحدات حبيبية مقاومة
للأحماض المعدية

Composition :
Oméprazole 20 mg
Excipients q.s.p 1 gélule
Excipients à effet notoire : 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
كيسولة واحدة
سواغات ذات تأثير معلوم : السكروز، أملاح
الصوديوم، مانيتول، براهيدروكسينزوات ميتيل
صوديوم و بروبيل صوديوم

Dr Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

Liste II

احرصوا الجرعات المحددة
Respecter les doses prescrites

Oméprazole 20 mg

IPP®

Inhibiteur de la pompe à protons

14 gélules

microgranules
gastro-résistants

Voie orale

GALENICA

Tube de 50 g

DIFAL[®]

diclofénac sodique

Gel 1%

Inflammation des muscles et des articulations

Douleurs rhumatismales

Usage externe

GALENICA

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

مختبرات غالينكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

أنبوب 50 غ

LOT: J1468

PER: 12/24

إلتهاب العضلات و المفاصل
آلام الروماتيزم

إستعمال خارجي

ديفال

ديكلوفيناك صديومي

هلام 1%

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المصاديق وكيفية الإستعمال

Liste II

Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi :
lire notice intérieure.

لا يترك في متناول الأطفال
Ne pas laisser à la portée des enfants

احترموا الجرعات المحددة
Respecter les doses prescrites

30 comprimés


Voie orale

DIFAL®
diclofénac sodique
50 mg

ANTALGIQUE
ANTI-INFLAMMATOIRE

 **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
مختبرات غالينيكا - م.ص. أولاد صالح - العازال البيضاء - المغرب
 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 قرصا

عن طريق الفم

ديفال
ديكلوفيناك صديومي
50 ملغ

مسكن الآلام
ضد الالتهاب

 **شمالينيكا**

Dr. SEDRAOUI ALI

CABINET D'ECHOGRAPHIE GENERALE
ABDOMINO, GYNECO-OBSTETRICALE
MAMMAIRE & THYROIDIENNE
7, Rue de Mexique, 2^{ème} 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
7. 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 Quatre cent Diplôme
(400,00 DH)
pour Echotomographie
abdominale pelvienne

Dr. SEDRAOUI ALI
Echographie Générale
الدكتور السدراوي علي
الفحص بالموجات فوق الصوتية
Tél.: 0539 93 68 92 - Tanger

Dr. SEDRAOUI ALI

CABINET D'ECHOGRAPHIE GENERALE
ABDOMINO, GYNECO-OBSTETRICALE
MAMMAIRE & THYROIDIENNE
7, Rue de Mexique, 2^{ème} Etage, TANGER
TEL : 05.39.93.68.92

الدكتور السدراوي علي

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

12/09/2022

TAOUZI AHMED

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

VESICULE BILIAIRE :

- Paroi non épaissie
- 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 épaissie

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 cm³
- * Prostatite chronique.

TA : 12/8

Dr. SEDRAOUI ALI
Echographie Générale
بدر السدراوي علي
7, Rue de Mexique, 2^{ème} Etage, TANGER
Tel.: 0539 93 68 92