

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

- Reclamation : 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-789222

Cowrie

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 903 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Mr Benhaddouch Lahen
 Date de naissance : 5/01/1943
 Adresse : 22, Rue Daran N° 5 Agdal RABAT
 Tél. : 0537775224
 Total des frais engagés : 1057,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Mr Benhaddouch Lahen 80 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : *der. arthrose*
 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 : RABAT Le : 27/03/2023

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
27/10/2013	C		200 000	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> INP : </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AZ-ZAHRA Dr. Bensouda Mohammed Oussaid INPE : 102012978 Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat Salé - Tél./Fax : 05 37 80 71 00	2010.03.12.3	357.70 DA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 CHAOUI ép.  Laboratoire de Radiologie 1515 INPE 291102184	27/03/2023	celles de la celles de la	40000/

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

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 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			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> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>				H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	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

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

27/03/2023

د. زكية الشاوي الأزرق

إختصاصية في أمراض الكبد
و الجهاز الهضمي

ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن سينا

- التشخيص بالمنظار
- التشخيص بالأمواج الصوتية
- أمراض الشرج و اليواسر

MR BENHADDOUCH LAHCEN

oedes 20 mg

99. 1 cp / J 1/2 h avt petit dej x4 sem

HEPANAT

1 cp / j le soir

Oxantin

99. 2 cpx 2 / j matin et midi x1 sem
puis 1 cp x2 / j pdt 1 sem

NEOFORTAN 160

99. 1 cp X 3 / J x3 jours puis en cas de douleur

= 357.70

LOT 220651
EXP 10/2024
PPV 99.00DH

Pharmacie AZ-ZA
Dr. Bensouda Moham
INPE : 1020
7 Bis, Av. Qued Roman,
Salé - Tél : Fax : 05 37

Dr. Z. CHAOUI ép. LAZRAC
HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
Angle Oqba et Ain Asserdoune Imm 54
App N° 4 Agdal - Rabat
Tél: 0537 68 19 13 / 134

NEOFORTAN 160 mg
PPV 98DH80
EXP 08/2025
LOT 280572

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

PPC : 79,95 DH

LOT 220872
PER 11/2025

À consommer de
préférence avant le :

PPC : 79,95 DH

LOT 220872
PER 11/2025

زاوية عقبة ابن نافع و عين أسردون عمارة 54 شقة رقم 4 أگدال - الرباط - الهاتف : 05 37 68 19 13 - المحمول : 06 66 36 38 97

Angle Oqba et Ain Asserdoune Imm 54 App N° 4 Agdal - Rabat - Tél : 05 37 68 19 13 - GSM : 06 66 36 38 97

Email : z.chawi@gmail.com : البريد الإلكتروني : ICE : 001684739000003 - INP : 101102184

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

إختصاصية في أمراض الكبد
و الجهاز الهضمي

ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن سينا

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

Rabat, le

CLIENT/ BENHADDOUCH

LAHCANFACTURE 928/23

OBJET	PT TTC.
ECHOGRAPHIE ABDOMINAL LE 27/03/2023	400.00

Dr. Z. CHAOUÏ LAZRAC
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGUE
Angle Oqba et Ain Asserdoune Imm 54
App N° 4 Agdal - Rabat
Tél: 0537 68 19 13 / INPE 101102184



Cabinet d'Hepato-gastroentérologie

Dr. Z. CHAOUI LAZRAK

27/03/2023

Compte rendu Echographie abdominale

MR BENHADDOUCH LAHCEN

AGE 80 ans

Renseignement clinique : douleur abdominale en cadre ,patient ayant une grosse eventration

- _Foie de taille normale réfléchissant ,inhomogène, contours réguliers ,pas de lésions focales
- _Vésicule à paroi epaissie 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 non exploré
- _Pas d'adenopathies profondes mis en évidence
- _pas d'épaississement digestif
- _Pas d'épanchement péritoneal mis en évidence ce jour

Conclusion

Foie d'allure steatosique (stéatose inhomogène),aspect de cholécystite chronique alithiasique ,pas d'epaississement digestif ,pas d'épanchement péritoneal

Dr. Z. CHAOUI LAZRAK
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGUE
Angle Oqba - Ain Asserdoune Imm 54
Rabat
Tél: 0537 68 19 13 / INPE 101102184