

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-789222

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 903	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Mr Benhaddouch Lahcen			
Date de naissance : 5/01/1943			
Adresse : 22, Rue Dora N° 5 Agdal RABAT			
Tél. : 05 37 77 52 24		Total des frais engagés	1057,70 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Mr Benhaddouch Lahcen 80ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète de type 2			
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 : CASABLANCA Le : 27/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AZ-ZAHRA <u>Dr. Bensouda Mohammed Oussama</u> <u>INPE - 102012978</u> <u>7 Bis, Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat</u> <u>Salé - Tel./Fax : 05 37 80 71 00</u>	<u>27/03/23</u>	<u>357.7 - Dhs</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHAOUI ép. CHAOUI Centre d'imagerie redouane imagerie Dr. El Khatib INR 231202184	27/03/2023	coefficients de la séance celle de 1/2	1400 DT.

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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"/>																				
					DATE DE 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"/>																				
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/> 00000000</td> <td colspan="2">G 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		21433552		00000000		00000000		<input checked="" type="checkbox"/> 00000000		G 00000000		35533411		11433553		B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H		21433552																							
00000000		00000000																							
<input checked="" type="checkbox"/> 00000000		G 00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				

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 سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن سينا

التخدير بالمنظار

التخدير بالأمواج الصوتية

أمراض الشرج والبواسر

Rabat, le

27/03/2023

MR BENHADDOUCH LAHCEN

oedes 20 mg

99,5 1 cp / J 1/2 h avt petit dej x4 sem

HEPANAT

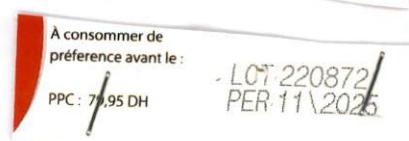
1 cp / j le soir

Oxantin

(10,95x2) 2 cpx 2 / j matin et midi x1 sem
A 5,95 puis 1 cp x2 / j pdt 1 sem

NEOFORTAN 160

98,80 1 cp X 3 / J x3 jours puis en cas de douleur
= 357,70



زاوية عقبة ابن نافع و عين أسردون عمارة 54 شقة رقم 4 أڭادل - 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



Rabat, le

د. زكية الشاوي الأزرق

إختصاصية في أمراض الكبد
والجهاز الهضمي

ملحقة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن سينا

■ التشخيص بالمنظار

■ التشخيص بالأمواج الصوتية

■ أمراض الشرج و البواسر

CLIENT/ BENHADDOUCH LAHCANFACTURE 928/23

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

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

زاوية عقبة ابن نافع و عين أسردون عمارة 54 شقة رقم 4 أڭادل - 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



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 épaissie 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'épaississement digestif ,pas d'épanchement péritoneal

Dr. Z. CHAOUI EN. LAZRAK
HEPATO GASTRO ENDO CRITIQUE
Angle Oqba et Ain Asserdoune Imm 54 App N° 4 Agdal - Rabat - Tél : 05 37 68 19 13 - GSM : 06 66 36 38 97
tél: 0537 68 19 13 / INPE 101102184