

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

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



Déclaration de Maladie

M22- 0019098

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4680 Société : R A M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SKALLI HOUSSEINI MOHAMED

Date de naissance : 18-07-1950

Adresse : 4, Rue ORAN (Résidence AIDA) Quartier QUARTIER CASABLANCA

Tél. : 06 6612 8-09 Total des frais engagés 340,80 (PHARMACIE) + 750,00 (Dent) Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/10/2022

Nom et prénom du malade : MEKOUAR OUM KETTOUM E.P.

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

Nature de la maladie : Affection Maladie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 11/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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
28/10/12	Cash	3090	4180	
			7500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/10/12	7400

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
					MONTANTS DES SOINS																				
					DEBUT D'EXECUTION																				
					FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</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>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																					
			DATE DU DEVIS																						
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mounir CHARIF
CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue**

Ancien Professeur Assistant
au C.H.U. IBN SINA de Rabat
Ancien Chef de Clinique du Groupe
Hospitalier COCHIN de Paris
Membre de L'Association
Française d'Urologie et
de l'European Association
of Urology



الدكتور منير شريف شفشاوني

اختصاصي في أمراض وجراحة

المسالك البولية

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي

الجامعي ابن سينا بالرياض وكوشان بباريز

عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية

لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le 28/10/2022

Mme MEKOUAR Oum Keltoum SKALI HOUSSEINI

Facture : NH 202210/108

Actes	Montant
Consultation	300,00
Echographie	450,00
Total :	750,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS**

ICE : 001632746000030

INP : 091040600

Dr. Mounir CHARIF CHEFCHAOUNI
Rég. Y
Tél. 022 48 40 88
Urgence 06 61 208 214 Casablanca

**Dr. Mounir CHARIF
CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue**

Ancien Professeur Assistant
au C.H.U. IBN SINA de Rabat
Ancien Chef de Clinique du Groupe
Hospitalier COCHIN de Paris
Membre de L'Association
Française d'Urologie et
de l'European Association
of Urology



الدكتور منير شريف شفشاوني

اختصاصي في أمراض وجراحة

المسالك البولية

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي

الجامعي ابن سينا بالرباط وكوشان بباريز

عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية

لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le : 28/10/2022

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

Mme MEKOUAR Oum Keltoum Ep. SKALI HOUSSEINI

Résultats

Appareil médical : MINDRAY DC-3. Sonde linéaire 7L4A superficielle de 7 à 10 Mhz
en Mode B, doppler pulsé, couleur et énergie.

Examen réalisé : ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICALE.

Résultats :

- Le rein gauche a des mesures normales. Les contours sont réguliers. L'index cortico-médullaire est respecté. Les cavités rénales ne sont pas dilatées. A noter un kyste cortical simple de 20 mm.
- Le rein droit est de taille normale. Les contours sont réguliers. Bonne différenciation cortico-médullaire. Les cavités rénales ne sont pas dilatées.
- Présence d'un microcalcul gauche et deux à droite.
- La vessie est pleine. La paroi vésicale est fine et ne présente aucune anomalie.
- Pas de résidu post mictionnel.

Signé : Dr. Mounir C. CHEFCHAOUNI

Dr. Mounir Charif Chefchaouni
Rég. Méd. 2008/08/20
Tél. 05.22.48.40.88 - Fax 05.22.48.40.88
Casablanca

Résidence Parc Lyautey - 1, Rond Point S^T EXUPERY, Anglè Av Hassan II et Rue Allal El Fassi
(en face du parc de la ligue Arabe) 2^o étage, Appt. n°11 - CASABLANCA

Tél. : 05.22.48.40.58/88 - Fax : 05.22.48.40.88 - Urgences : 06.61.208.214 - E-mail : m_c_chefchaouni@hotmail.com

PROF. CHEFCHAOUNI 2022/10/28 12:44:59
MEKOUAR, MKELTOUM 221028 085227 9960

3C5A

Urology

user defined 1

Rein G Rein Dt
Bass. renal Calices
Pyram. Colon
A. renal V. renal
Prostate Vessels
Ves. semi. Bladder



Rein Dt



Dist 8.31cm

111/111

181/181

PROF. CHEFCHAOUNI 2022/10/28 12:43:24
MEKOUAR, MKELTOUM 221028 085227 9960

3C5A

Urology

2D

Distance
Surf Ellipse
Volume Ellipse
RatioDist
ZoneRatio Ellipse



Rein G

Dist 2.82cm

151/151

171/171

PROF. CHEFCHAOUNI 2022/10/28 12:42:38
MEKOUAR, MKELTOUM 221028 085227 9960

3C5A

Urology

DT LLS D10.5 GD
LRLS RPL D10.5



171/171

Dr. Mounir CHARIF
CHEFCHAOUNI
Chirurgien Urologue
Ancien Professeur Assistant
au **C.H.U. IBN SINA**
De Rabat
Ancien Chef de Clinique
du Groupe Hospitalier
COCHIN De Paris
Membre de L'Association
Française d'Urologie et
de l'European Association
of Urology

Casablanca, le 28/10/2022

Mme MEKOUAR Oum Keltoum Ep. SKALI
HOUSSEINI 66 ans

الدكتور منير شريف
شفشاوونی

OFIKEN 200MG BOITE DE 8

1 CP MATIN ET SOIR AU MILEU DU REPAS, pendant 4 jours

اختصاصي في أمراض
وجراحة المسالك البولية

SPASFON

1 CP MATIN ET SOIR APRES REPAS, pendant 3 jours

أستاذ مساعد سابقا بالمركز
الصحي الجامعي ابن سينا

PROFÉNID 100 MG

1 CP MATIN ET SOIR AU MILEU DU REPAS, pendant 3 jours

بالرباط وکوشان بباریز

عضو بالجمعية الفرنسية

لأمراض المسالك البولية

RACIPER 20 MG

1 CP LE SOIR APRES LE REPAS, pendant 7 jours

- Urologie Générale / Circoncision
- Coeliochirurgie
- Chirurgie des Troubles de la Statique pelvipérinéale et de l'incontinence Urinaire chez la femme
- Cancérologie Urologique
- Andrologie (Stérilité masculine et Impuissance - Sexologie)
- Exploration Urodynamique du bas appareil urinaire
- Lithotripsie extra-corporelle
- Echographie prostatique transrectale

LE SOIR APRES LE REPAS, pendant 7 j

PPV: 144 DH 50

LOT: 22E010
PER: 03 2023

PROFENID 100MG
CP PEL B30

P.P.V : 70DH90



27,50

Ofiken®

Céfixime

20



LOT 221866

EXP 05 14

PPV 7.90 DH

Nat / 50
maka R 4

97,90