

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie  
M23- N° 0030431

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL YAFI NAFAT VANE KARITOUS

Date de naissance : 05.03.59

Adresse : Résidence EL WARD Bd H=V Boudia

Tél. : 06.51.40.85.40 Total des frais engagés : 750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR A. BENCHEKROUN  
SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE  
COELIOCHIRURGIE  
Clinique CHAOUIA Berrechid  
3, Rue Okba, Ibnou Nafie  
INPE:061021515

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Véritable bête

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

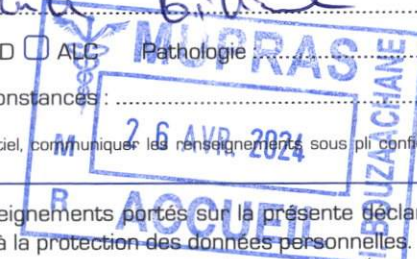
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 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
16/04/2024	Consultation	1	300,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé des Honoraires

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/04/2024	ECHO ABJ	300,00
	16/04/2024	Pathologie	150,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

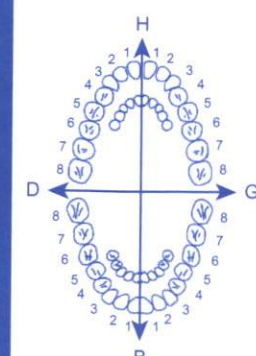
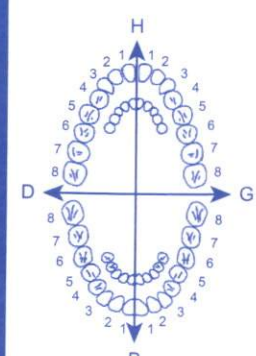
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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																						
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <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			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	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 <input type="text"/>																						
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Berrechid le 16/04/2024,

FACTURE N° 481/2024

PATIENT : EL OUJANI NAJAT

EXAMEN : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

HONORAIRES : 300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de:

TROIS CENTS DH

PATENTE N° : 40702390  
ICE : 001533090000059

Signé :

CLINIQUE CHAOUIA  
3, Rue Okba Ibnou Nafie - Berrechid - Tél.: 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62 - Fax : 05 22 32 57 58  
Tél: 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62 - Fax : 05 22 32 57 58



مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Berrechid le 16/04/2024,

**FACTURE N° 481/2024**

**PATIENT : EL OUJANI NAJAT**

**EXAMEN : RADIOGRAPHIE THORACIQUE**

**HONORAIRES : 150 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de:

**CENT CINQUANTE DH**

**PATENTE N° : 40702390**

**ICE : 001533090000059**

Signé :  
  
CLINIQUE CHAOUIA  
3, Rue Okba Ibnou Nafie - 26100 BERRECHID - Tél.: 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62 - Fax: 05 22 32 57 58  
E-mail : clinichaouia@gmail.com - ICE : 001533090000059



مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

## ORDONNANCE

Berrechid, le 16/04/2024

EL OUJANI      MAJATI

Echographie Abdo — le.  
- Rx Thorax cyrie

Dr. EL KHADIR Kaoutar  
Médecin Radiologue  
Clinique Chaouia  
3, rue Okba Ibnou Nafie  
Berrechid  
INPE:061256798

Dr. A. BENCHEKROUN  
SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE  
COELIOCHIRURGIE  
Clinique CHAOUIA Berrechid  
3, Rue Okba. Ibnou Nafie  
INPE:061021515



مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Berrechid , 16/04/2024

PATIENT : EL OUJANI NAJAT  
MEDECIN TRAITANT : DR BENCHEKROUN

### RADIOGRAPHIE THORACIQUE

#### RESULTATS :

- Absence de foyer de condensation parenchymateux.
- Discrète atteinte interstitielle diffuse bilatérale.
- Silhouette cardio-mediastinale normale.
- Les culs-de-sacs pleuraux sont libres.

Confraternellement

Dr K. ELKHADIR

Dr. EL KHADIR Kader  
Médecin Radiologue  
Clinique Chaouia  
3, rue Okba Ibnou Nafie  
Berrechid  
INPE 061256798



مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



Berrechid , 16/04/2024

PATIENT : EL OUJANI NAJAT

MEDECIN TRAITANT : DR BENCHEKROUN

### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

*Météorisme abdominal diffus gênant météorisme abdominal diffus gênant l'exploration échographique par endroit, toutefois :*

- Foie de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure homogène, sans lésion focale décelable.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques
- Vésicule biliaire non distendue, à paroi fine, siège d'au moins deux structures microlithiasiques hyperéchogènes.
- Voie biliaire principale de calibre normal mesuré à 4,5 mm.
- Tronc porte de calibre normal, perméable à flux hépatopète.
- Pancréas et rate d'aspect morphologique normal.
- Reins en place de taille normale, de contours réguliers, bien différenciés sans dilatation des cavités excrétrices.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Vessie quasi vide.

#### Conclusion :

Aspect échographique en faveur d'une vésicule biliaire microlithiasique avec VBP non dilatée.

*Confraternellement*

**Dr K. ELKHADIR**

*Dr. EL KHADIR Kaoutar*  
Médecin Radiologue  
Clinique Chaouia  
3, rue Okba Ibnou Nafie  
Berrechid  
INPE:061256798