

# 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.

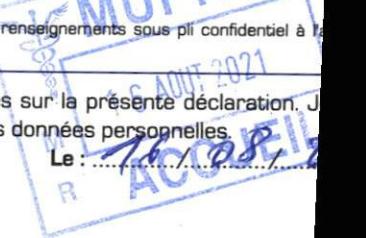
## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- 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.



| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES |                       |                                 |   |  |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|--|
| Nature des Actes               | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |  |
| 8/2011                         | Camille               | 300,00                          | ROUTIER<br>SOCIETE D'EDUCATION<br>PROFESSIONNELLE<br>EXERCICE 2010-2011<br>N° 061208214-0224-0661<br>Signature : M. Chechouni |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Acheteur du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| HARMACIE KHALF SAIDI AU<br>Rue Sijimassa Belvédère<br>ablanca - Tél 0522 24 26 43. | 18/08/2021 | 658,22                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Chet et signature du<br>atoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Cœfficients | Montant<br>des Honoraires |
|---|------|--------------------------------|---------------------------|
|   |      |                                |                           |
|   |      |                                |                           |
|   |      |                                |                           |
|   |      |                                |                           |
|   |      |                                |                           |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

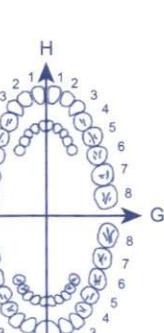
| Chet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-----------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                   |                   | 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 |                         |
|--|----------------|---|-------------|-------------------------|
|   |                |   |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |                |   |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |                |   |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|  |                |   |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   |                | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |                | H<br>25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D ----- G<br>00000000   00000000<br>35533411   11433553<br>B |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |                | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                        |             | 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  
الختصاري في أمراض وجراحة  
المسالك البولية

أستاذ مساعد سابق بالمركز الصحي  
الجامعي ابن سينا بالرباط وكشان بباريز  
عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية  
لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le 13/08/2021

**Mr NAZARI Belgacem**

**Facture : NH 202108/044**

| Actes          | Montant       |
|----------------|---------------|
| Consultation   | 300,00        |
| <b>Total :</b> | <b>300,00</b> |

Arrêtée la présente facture à la somme de : **TROIS CENTS DIRHAMS**

ICE : 001632746000030

INP : 091040600

Dr. Mounir Charif Chefchaouni  
Chirurgien Urologue  
Résid. Parc Lyautey 1 Rond Point St Exupery  
2ème Etage Appart N°  
Tél 022.48.40.58/88 - Fax 022.48.40.88  
Urgence 061.20.82.14 - Casablanca

**CABINET  
D'UROLOGIE**



عيادة جراحية  
المسالك البولية

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 13/08/2021

**Mr NAZARI Belgacem 67 ans**

658,2 - 109,20 x 6

**CONTIFLO GELULES 4 MG**

1 GELLULE LE SOIR APRES LE REPAS, pendant 6 mois



الدكتور منير شريف  
شفشاوني

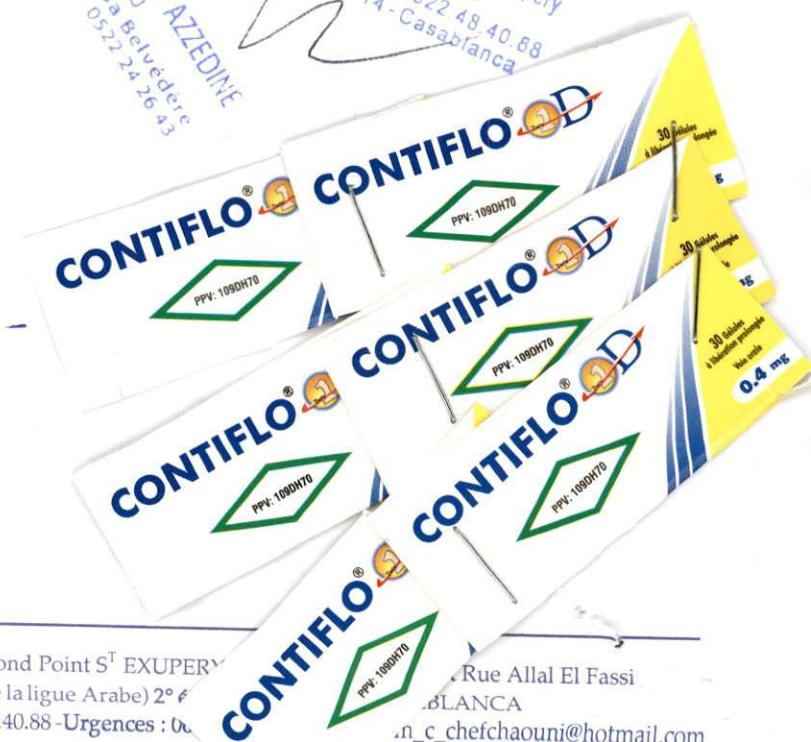
اختصاصي في أمراض  
وجراحة المسالك البولية

أستاذ مساعد سابقاً بالمركز  
الصحي الجامعي ابن سينا  
بالرباط وكوشان بباريز  
عضو بالجمعية الفرنسية  
لأمراض المسالك البولية

- 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

Dr. Mounir Charif Chefchaouni  
Chirurgien Urologue  
Résid. Parc Lyautey - Rond Point ST EXUPERY  
2ème Etage Appt N° 11  
Tél: 022.48.40.58.88 Fax: 022.48.40.88  
Urgence: 061.20.82.14 - Casablanca

PHARMACIE KHALEF AZZEDINE  
SARL AU BELVÉDÈRE  
13, Rue Sultana Belvédère  
Casablanca. Tel: 0522.24.26.43



Résidence Parc Lyautey - 1, Rond Point ST EXUPERY  
(en face de parc de la ligue Arabe) 2<sup>e</sup>  
Tél.: 05.22.48.40.58 / 88 - Fax : 05.22.48.40.88 - Urgences : 061.20.82.14

Rue Allal El Fassi  
BLANCA  
n.c.chefchaouni@hotmail.com