

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 : 10363 Société : 88299

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELAICH ABDELLAH

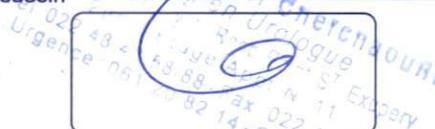
Date de naissance : 01/01/1975

Adresse :

Tél. : 0661390944 Total des frais engagés : 750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/10/2021

Nom et prénom du malade : NOUARY Sandra Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Molaigie

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 : 13/10/2021 Le :

Signature de l'adhérent(e) : R. ACCUEIL



RELEVE 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
13/10/2021	Consultation	100	300,00	
			40,00	
			750,00	
				Signature: Dr. Cheffchaouen

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 la

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

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 سابق بالمركز الصحي
الجامعي ابن مينا بالرباط وكوشن بباريز
عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية
لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le 13/10/2021

Mme NOUARY Samira EL AICH

Facture : NH 202110/037

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
Chirurgien Urologue
Résidence Parc Lyautey 1, Rond point St Exupery
2ème étage Appart N° 11
Tél: 022.48.40.58.88 - Fax: 022.48.40.88
Urgence: 061.20.82.14 - 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 سابقاً بالمركز الصحي
الجامعي ابن سينا بالرباط وكوشاں بباریز
عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية
لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le : 13/10/2021

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

Mme NOUARY Samira Ep. EL AICH

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.
- Le rein droit est de taille normale. Les contours sont réguliers. Bonne différenciation cortico-médullaire. Les cavités rénales ne sont pas dilatées.
- Absence de calcul.
- 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
Chirurgien Urologue
Rési. l'arc Lyautey 1 Rond Point S
Exupery 2ème étage Appt N°11 Casa
Tél: 0522 48 40 588 - Fax: 0522 48 40 88
Urgences: 06 61 20 82 14