

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.

Diagnostique 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

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



100372

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015397

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08242 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M. GURIEHAT M. Date de naissance : E. Pou se :
Adresse : C. I. RAKIA N° 09 Bennechou
Tél. : 06 74 00 79 11 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Maladie de Parkinson
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) :



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
29.12.21	const		300,00	Dr. BEVSAH Mounir Anesthésie Réanimation CLINIQUE CHAOUIA 3, Rue Okba Ibnou Nafie BERRECHID Tél: 33 66 22 43 35 52 Fax 32 57 55
29.12.21	inj		100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. EL KHADIR Kaoutar Médecin Radiologue INPE: 061256798	29.12.21	E.C.G	100,00

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 canalaux, ainsi que le bilan de

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



مصلحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Berrechid , le 29-01-22

Bilan pré opératoire : ECG

Nom : BENFARAJ

Prénom : Amine

Rythme régulier sinusal, 91 battements par minute

Pas de troubles de repolarisation

Dr. BENSALAH Mounir
Anesthésie Réanimation



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

FACTURE N°R0699/21

NOM : BENFARAJ
PRENOM : AMINA

RADIOGRAPHIE THORACIQUE F : 200.00DHS

Arrêté la présente facture à la somme :
« DEUX CENT DIRHAMS ».

Berrechid le : 29/12/2021

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 33.66.22/33.66 62 Fax: 32.57.58



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

ORDONNANCE

Berrechid, le

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 33.66.22/33.66.62 Fax: 32.57.58

Ptmc : BENFARAJ Amine

- Radiographie Thoracique F

Dr. EL KHADIR Kaoutar
Medecin Radiologue
INPE: 061256798

Dr. BENSALAH Mounir
Service Réanimation



مصلحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

FACTURE N°01333/21

NOM : BENFARAJ
PRENOM : AMINA

CONSULTATION : 300.00DHS
INJECTION : 100.00 DHS
ECG. : 100.00DHS

Arrêté la présente facture à la somme :

« CINQ CENT DIRHAMS ».

Berrechid le : 29/12/2021

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 33.66.22.33.66.62 Fax: 32.57.



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

BENFARAJ AMINA

ORDONNANCE

Berrechid, le 29/12/2021

ملاحظة
Laroxyl 150mg → 1 boîte
5426
29/12/2021

Dr. BENSALAH Mounir
Anesthésie Réanimation

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 33 86 22 55 62 Fax: 32 57 58



مصحة الشاوية
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Berrechid , 29/12/2021

PATIENT : AMINA BEN FARAJ

RADIOGRAPHIE THORACIQUE

RESULTATS :

Infiltrats réticulaires diffus bilatéraux prédominant en basal gauche.
Absence de foyer de condensation parenchymateux organisé.
Aspect déroulé de l'aorte thoracique.
Silhouette cardio médiastinale normale.
Les culs-de-sacs pleuraux sont libres.
Cadre osseux sans anomalie.

Confraternellement

Dr K. ELKHADIR

CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
Dr. EL KHADIR Kaoutar
Médecin Radiologue
INPE: 061256798

Nom: **AMINA BENFARIS**
Sex: Homme Date Naiss: Ans

cm mmHg kg 29. Dec 2021 • 21:52 91 bpm
Chamb. No Medicament 1:
10 mm/mV Medicament 2:

10 mm/mV 25 mm/s Filtre 35 Hz H 50 d



CLINIQUE CHAOUIA
3, Rue Okba Ibnou Nafie
BERRECHID
Tél: 33.66.2233.66.62 Fax: 32.57