

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

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **tique :**

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.

## **ntaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **aladie 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](http://www.mupras.com)

100372

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0015397**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 082142 Société : RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : MIGUELAT med Date de naissance : 15 Pou 86

Adresse : Cité TAKA N° 09 Ben Netcher

Tél. : 06.44.00.7961 Total des frais engagés : 100 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/01/2010

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

**Lui-même**

Nature de la maladie :



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 : 15/01/2010

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
29.12.21	const		300,00	Dr. BEN SALAH Mounir Anesthésie Réanimation
29.12.21	Int		100,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES ET RADIGRAPHIES

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	Dr. EL KHADIR Kaoutar Médecin Radiologue INPE: 061256798	200,00
CLINIQUE CHAOUIA 3, Rue Okba Ibnou Nafie BERRECHID Tél: 33.66.22433.00.04	29.12.21	E. C. G	100,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
			</	



Berrechid , le 29-01-22

Bilan pré opératoire : EGC

Nom : BENFARAJ

Prénom : Amine

Rythme régulier sinusal, 98 battements par minute

Pas de troubles de repolarisation

Dr. BEN SALAH Mounir  
Anesthésie Réanimation



## FACTURE N°R0699/21

NOM : BENFARAJ  
PRENOM : AMINA

RADIOGRAPHIE THORACIQUE F : 200.00 DHS

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

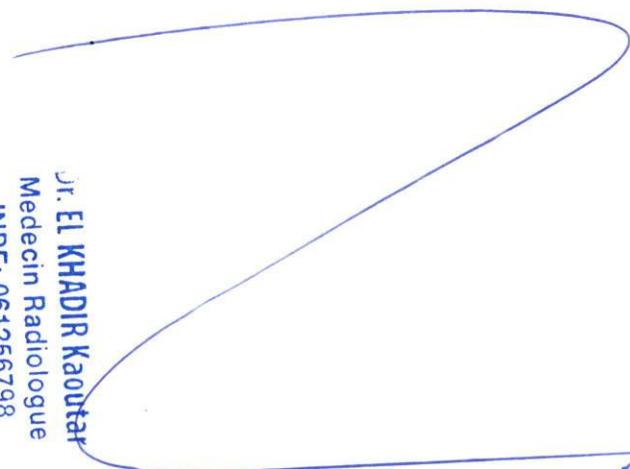


## ORDONNANCE

Berrechid, CLINIQUE CHAOUIA  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
BERRECHID  
Tél: 33.66.22/33.66.62 Fax: 05.22.57.52.1

Mr : BENFARAJ Amine

- Radiographie Thoracique F



Dr. BEN SALAH Mounir  
Spécialiste Réanimation

Jr. EL KHADIR Kaoutar  
Medecin Radiologue  
INPE: 061256798



**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 AMNA

### ORDONNANCE

Berrechid, le 29/12/2025

367  
- Laroxyl 400 mg → flacon  
5436  
29/12/2025

Dr. BEN SALAH Mounir  
Anesthésie Réanimation

CLINIQUE CHAOUIA  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
BERRECHID

Tél: 33 66 22 56 62 Fax: 32 57 58



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  
Jr. EL KHADIR Kaoutar  
Tél: 03 03 33 66 22 / 05 22 33 66 62 - Fax : 05 22 32 57 58  
Médecin Radiologue  
INPE: 061256798

Nom: AMIWA BIENFAIS

Sex: Homme Date Naiss:

Ans

cm

kg

29. Dec 2021 • 21:52

91 bpm

mmHg

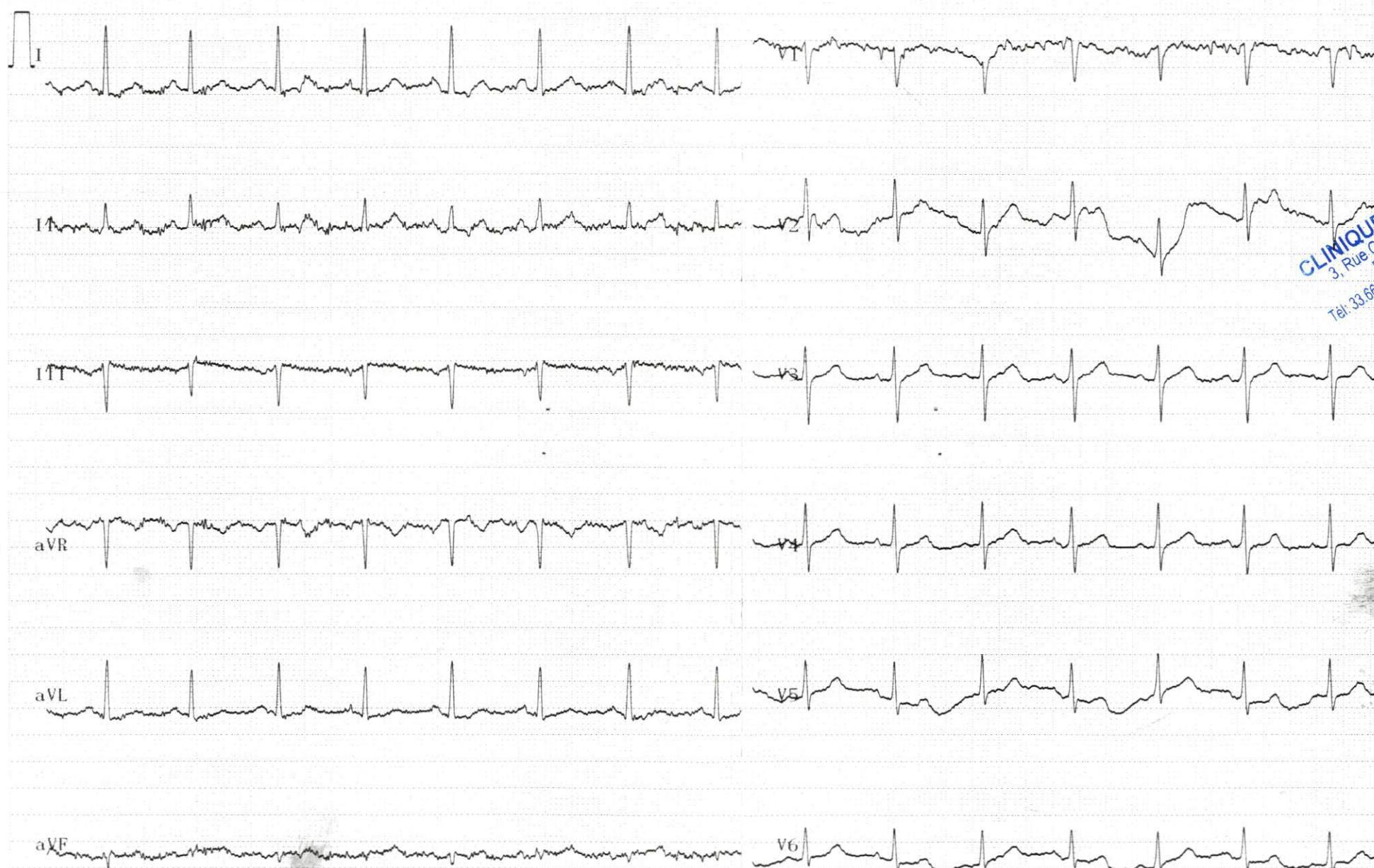
Chamb. No

Medicament 1:

Medicament 2:

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

10 mm/mV



CLINIQUE CHAOUIA  
3, Rue Okba Ibou Nafie  
BERRECHID  
Tél: 33.66.2233.66.62 Fax: 32.57.11.11