

## 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.

N° W21-704713

133138

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

7812

Société

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

CHELLAOUI SAAD

Date de naissance

07 - 08 - 68

Adresse

4, Bd Abdelkrim Khattabi

Tél.

0522187225

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Mounir Chafif Cheichouni

Chirurgien Urologue

Rés. Part: 0522 20 82 70 - Rés. Prof: 0522 20 82 70 - Exupery

2ème étage Appart. 111

Tél: 022 48 42 58 88 - Fax: 022 48 40 88

Urgence: 061 20 82 70 - Casablanca

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

OASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/10/2022

VOLET ADHERENT



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **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 Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

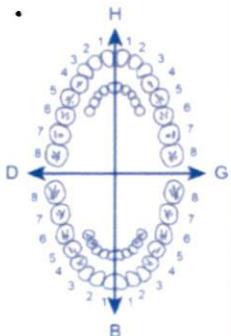
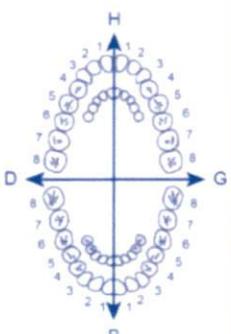
VOLKSBANKER

#### **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 l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

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



كتور منير شريف شفشاوني

تصاصي في أمراض وجراحة

سالك البولية

ناد مساعد سابقا بالمركز الصحي

عامعي ابن سينا يالرياط وكوشان بباريز

مو بالجمعية الفرنسية والأوروبية

راض المسالك البولية

Casablanca, le : ..... 08/08/2022

## COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

Mr CHELLAOUI Saad

### Résultats

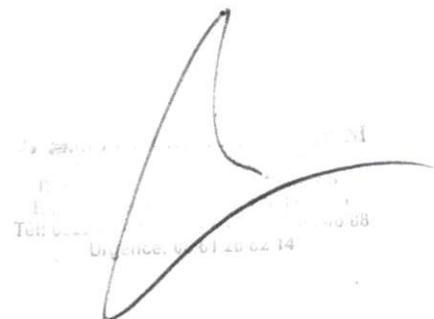
Appareil médical : MINDRAY DC-3. Sonde linéaire 7L4A superficielle de 7 à 10 Mhz, en mode B, doppler pulsé, couleur et énergie

Examen réalisé : ECHOGRAPHIE RENALE, VESICALE ET PROSTATIQUE SUS PUPIENNE

Résultats :

- Le rein droit est de taille normale. Les contours sont réguliers. L'index cortico-médullaire est respecté. Absence de dilatation des cavités rénales.
- Le rein gauche a des dimensions normales. Les contours sont réguliers. Absence de dilatation des cavités rénales. L'index cortico-médullaire est respecté.
- La vessie est anéchogène. La paroi vésicale est fine.
- La prostate étudiée par voie sus pubienne à un volume d'environ 15 cc.
- Absence de résidu post mictionnel.

Signé : Dr. Mounir C. CHEFCHAOUNI



د منير شريف شفشاوني

achi في أمراض وجراحة

ك البولية

مساعد سابقا بالمركز الصحي

ي ابن سينا بالرباط وكوشان بباريز

لجمعية الفرنسية والأوروبية

المسالك البولية



Casablanca, le : ..... 08/08/2002



## 'ECHOGRAPHIE'

7L4A superficielle de 7 à 10  
couleur et énergie

ICALE ET PROSTATIQUE

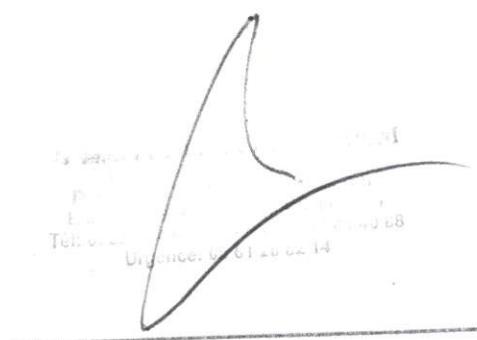


contours sont réguliers. L'index cortico-médullaire est normal.

contours sont réguliers. Absence de calibre médullaire est respecté.

épaisseur fine.

volume d'environ 15 cc.



**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 متير شريف شفشاوني  
اختصاصي في أمراض وجراحة  
المسالك البولية  
أستاذ مساعد سابقاً بالمركز الصحي  
الجامعي ابن سينا بالرباط وكوشن بباريز  
عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية  
لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le 08/08/2022

**Mr CHELLAOUI Saad**

**Facture : NH 202208/023**

<b>Actes</b>	<b>Montant</b>
Consultation	300,00
Echographie	450,00
<b>Total :</b>	<b>750,00</b>

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 Rond Point St Exupery  
2ème Etage Av. Hassan II  
Tél 022.48.40.58.88 Fax 022.48.40.88  
Urgence 061.20.82.14 Casablanca