

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-704713

133138

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

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. : 06 61187225 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hourir Charif Chetoui
 Rés. Pat. Urologie - 2ème étage Appl. 11
 Tél. 022 48 45 58/88 - Fax 022 48 40 88
 Urgence 061 20 82 10 Casablanca
 Cachet du médecin
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : CHELLAOUI SAAD Age : 54
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Urologique
 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 : CASA Le : 18/08/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
08/08/2022	Campille	30900	450,00	INP : 091040600

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	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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
مسالك البولية

ناذ مساعد سابقا بالمركز الصحي
تامعي ابن سينا بالرباط وكوشان بباريز
موا 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 PUIPIENNE

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



ر. منير شريف شفشاوني

اصي في أمراض وجراحة

ك البولية

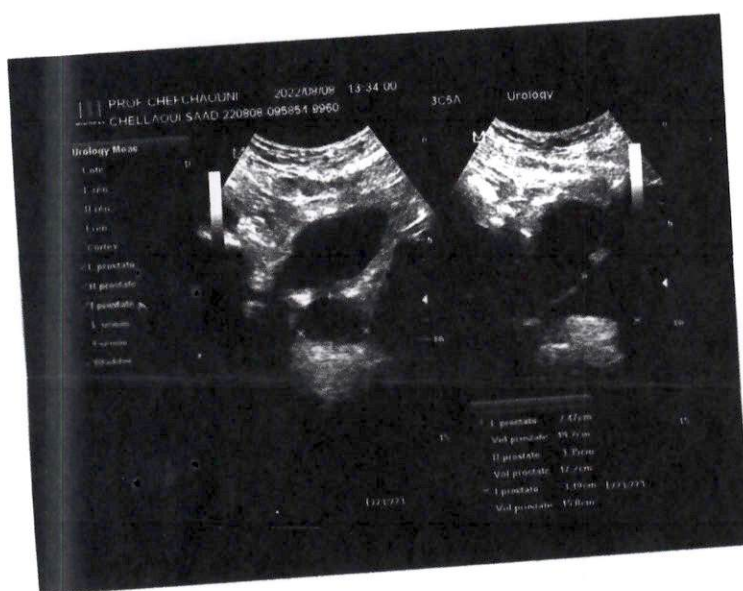
مساعد سابقا بالمركز الصحي

ي ابن سينا يالرباط وكوشان بباريز

لجمعية الفرنسية والأوروبية

المسالك البولية

Casablanca, le :08/08/202



'ECHOGRAPHIE

7L4A superficielle de 7 à 10
couleur et énergie

ICALE ET PROSTATIQUE



ont réguliers. L'index cortico-médullai
ales.

contours sont réguliers. Absence de
édullaire est respecté.

t fine.

volume d'environ 15 cc.

[Signature]
Tél : 06.61.20.62.14
Urgence: 06.61.20.62.14

**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 سابقا بالمركز الصحي

الجامعي ابن سينا بالرباط وكوشان بباريز

عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية

لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le 08/08/2022

Mr CHELLAOUI Saad

Facture : NH 202208/023

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, Rond Point St Exupéry
2ème Etage Appartement 11
Tél 022 48 40 58 88 Fax 022 48 40 88
Urgence 061 20 82 14 Casablanca