

## 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° W21-822374

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	0715	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>✓</i>
Nom & Prénom :			
<i>BENCHEKRONE Mohamed</i>			
Date de naissance :			
<i>01 - 07 - 1948</i>			
Adresse :			
<i>19 Rue Al Yasmine Hay Erralha (Bensoujou)</i>			
Tél. : <i>2671543864</i>			
Total des frais engagés : <i>الكتور شاكيب بن شاوي</i>			
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<i>Docteur Chakib CHAOUI Chirurgien - Hépatologue 106, AV. Mers Sultân 2ème Etage Casablanca Tél.: 022.26.54.69</i>	
Date de consultation :	<i>02 FEV 2018</i>
Nom et prénom du malade :	
<i>BENCHEKRONE D</i>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	
<i>maladie</i>	
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 : *CHS* Le : *03/02/2024*  
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLÉT ADHÉRENT

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
15/01/2024	S E		200 400	INP : 09(16)3311 Dr. Akib CHAOUI Dr. Drabegue SIDI 2ème Etage Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Des Clubs Dr ESSAADOUNI Yasmine 18 Rue Annasse - Beauséjour Tél : 0522 36 26 32	02/02/2011	3.19.825

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

NON ADHERENT

#### **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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Chakib CHAOUI

Chirurgien Urologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien attaché des hôpitaux de Paris

Ancien Urologue des hôpitaux des F.A.R

Chirurgie et Endoscopie des reins et des voies

Uro-Génitales

Lithotripsie extra-corporelle - Echographie

Impuissance - Stérilité Masculine - Circoncision

Sur Rendez-Vous

02 FEV 2024

الدكتور شكيب شاوي

خريج كلية الطب بباريس

طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات باريس

جراح سابقاً بالمستشفيات العسكرية

اختصاصي في أمراض و جراحة الكلى

و المسالك البولية و التناسلية

الجراحة المجهيرية - الفحص بالصدى الصوتي

العمق عند الرجال و ضعف قوة الجماع - ختانة الأطفال

تفتيت حصى الكلى بدون جراحة

بالموعد

M. BENCHERKOUNE *Red*

b) PERINIXOR *(1560)*

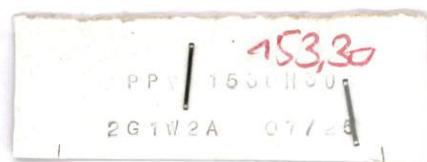
153.30x6  
~~Pharmacie Des Clubs~~  
~~Dr ESSAADOUNI Yasmine~~  
~~18 Rue Annasrine- Beausejour~~  
~~Casablanca Tél: 0522 36 26 32~~  
919.80

*ti*  
*SDM* *S. V.*

*Pharmacie Des Clubs*  
*Dr ESSAABOUNI Yasmine*  
*18 Rue Annasrine- Beausejour*  
*Casablanca- Tél: 0522 36 26 32*  
*دكتور ش. شاوبي*  
*Dr Chakib CHAOUI*  
*Chirurgien - Urologue*  
*196, Av Mers Sultan 2ème Etage*  
*Tél: 022:26.54.69 Casablanca*

196 محج مرس السلطان الطابق الثاني الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 26 54 69

196, Av. Mers Sultan 2ème Etage Casablanca - Tél.: 05 22 26 54 69



*Docteur Chaoui Roqi Chakib  
Chirurgien urologue  
196, Avenue Mers Sultan  
Casablanca  
Tel : 05 22 26 56 69*

**FACTURE**

**NOM :** BEN OUEKROUHE

**PRÉNOM :** M et

**DATE :**

02 FEV 2024

❖ Consultation spécialisée : 200 D.H.

❖ Echographie rénale et vésico-prostatique : 400 D.H

❖ TOTAL : 600 D.H (Soit six cent dirhams)

**SIGNER :**

*Docteur Chakib CHAOUI  
Chirurgien - Urologue  
196, Av Mers Sultan 2<sup>e</sup> Etage  
Casablanca  
Tél. 022.26.54.69*

*Docteur CHAOUI Chakib  
Chirurgien Urologue  
196 Avenue Mers Sultan  
Casablanca  
Tél : 05 22 26 54 69*

## COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

**NOM :** BEN CHEKROUNE

**PRENOM :** *med*

**DATE :**

*02 FEV 2024*

**REINS :** Les deux reins sont de taille normale ; de contours réguliers.

Bonne différenciation cortico-médulaire.

Absence de dilatation des cavités pyéliques et calicielles.

*— Lithase rénale gauche*

**VESSIE :** La vessie est d'écho structure homogène ; transonore ; à paroi fine.

**PROSTATE :** La prostate est d'écho structure homogène ; ses dimensions sont *21.5x12*.

Ce qui corresponds à un poids d'environ

*32* grammes

