

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ▪ Prise en charge                  | : ped@mupras.com      |
| ▪ 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° W19-483310

N° 12287

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05836 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AYOUT HASSAN

Date de naissance : 14/10/1964

Adresse : HAY MY ABDELLAH RUE 829 ALAOUA CARA

Téléphone : 0661 40 3847 Dr. M. Total des frais engagés : 700 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Réso p/ Chirurgie Urologie  
Tél 022 48 40 58/88 App N° 11  
Urgence 061 20 82 11 Casablanca 40 88  
6ème Etage Appart N° 11  
20 82 11 Casablanca 40 88

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/11/19, Nom et prénom du malade : CHEBAL Chaitia, Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 12 DEC 2010

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 : CASABLANCA Jy

Signature de l'adhérent(e) : 23/11/19

### 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 |
|---------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/11/99 - Consulte |                   |                       | 700,00                          | INP : [REDACTED]   |
|                     |                   |                       | 500,00                          | UROLOGUE   |
|                     |                   |                       | 700,00                          | 700,00   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [REDACTED]        |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
|   | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
| G |          |          |
| B |          |          |

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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 سابقاً بالمركز الصحي  
الجامعي ابن سينا بالرباط وكوشان بباريز  
عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية  
لأمراض المسالك البولية

**21 novembre 2019**

Casablanca, le : .....

**Note D'honoraire**

Facture n°: 11/ 7056

Patient: **CHEGDAL Chaibia**

Actes

- |                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| - Echographie rénale et vésicale | 500,00 dh |
|----------------------------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Cinq cent dirhams.**

**N° ICE : 001632746000030**

**Signé : Dr Mounir CHARIF CHEFCHAOUNI**

**Dr. Mounir Charif Chefchaouni**  
Chirurgien Urologue  
Résid. Parc Lyautey - 1 Rond Point ST EXUPERY  
2ème étage Appt N°11  
Tél 022 48 40 58/88 - Fax 022 48 40 88  
Urgence 061 20 82 14 - Casablanca

Résidence Parc Lyautey - 1, Rond Point ST EXUPERY , Angle Av Hassan II et Rue Allal El Fassi  
(en face du parc de la ligue Arabe) 2<sup>e</sup> étage, Appt. n°11 - CASABLANCA

Tél. : 05.22.48.40.58/88 - Fax : 05.22.48.40.88 - Urgences : 06.61.208.214 - E-mail : m\_c\_chefchaouni@hotmail.com

**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 سابقاً بالمركز الصحي  
الجامعي ابن سينا بالرباط وكوشان بباريز  
عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية  
لأمراض المسالك البولية

21 novembre 2019

Casablanca, le : .....

**COMPTE RENDU D'ÉCHOGRAPHIE**

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

**Patient :** Mme. Chaibia CHEGDAL

**Examen réalisé :** ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICALE.

**Résultats :**

- Le rein gauche a des mesures normales. Les contours sont réguliers. L'index cortico-médullaire est respecté. Les cavités rénales ne sont pas dilatées.
- Le rein droit a des mesures normales. Les contours sont réguliers. Bonne différenciation cortico-médullaire. Les cavités rénales ne sont pas dilatées.
- Absence de calcul.
- La vessie est normale.
- Pas de résidu post mictionnel.

Signé : Dr. Mounir C. CHEFCHAOUNI

Dr Mounir CHARIF CHEFCHAOUNI  
Chirurgien Urologue  
Rési. Parc Lyautey, 1 Rond Point S  
Exupery 2ème étage Appt n°11 Casa  
Tél: 0522 48 40 58/88 - Fax: 0522 48 40 88  
Urgences: 06.61.20.82.14

Résidence Parc Lyautey - 1, Rond Point ST EXUPERY , Angle Av Hassan II et Rue Allal El Fassi  
(en face du parc de la ligue Arabe) 2<sup>e</sup> étage, Appt. n°11 - CASABLANCA

Tél. : 05.22.48.40.58/88 - Fax : 05.22.48.40.88 - Urgences : 06.61.208.214 - E-mail : m\_c\_chefchaouni@hotmail.com