

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-500694

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<b>26715</b>	
Matricole : <b>02881</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BOUKHARI - HASSANE</b>			
Date de naissance : <b>11/11/1954</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>07.70.07.61.70</b>		Total des frais engagés : <b>1108,50</b> Dhs	
06.68.41.46.94			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>12/02/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>BOUKHARI HASSANE</b>			
Age : <b>66</b>			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Jointure</b>			
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 : **12/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

#### **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
12/11/2000	Consultation		200	INP : 09242111 Dr Chakib El Mers Sultan Urologue 34-69 Casablanca
			450	
			600	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Codelet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMÉE AL MASSE 1, Rue Mme Tél : Fax : 05-22-24-80-54	12/2/2020	508, FD

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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"/>
				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 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B			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

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

12 FFV 2020

الدكتور شكيب شاوي

خريج كلية الطب بباريس

طبيب مساعد سابق بمستشفيات باريس

جراح سابق بالمستشفيات العسكرية

اختصاصي في أمراض و جراحة الكلى

و المسالك البولية و التنايسية

الجراحة المجهورية - الفحص بالصدى الصوتي

العمق عند الرجال و ضعف قوة الجماع - ختانة الأطفال

تفتيت حصى الكلى بدون جراحة

بالموعد

P BOVIXHARI

193,10 CONTIFLO :  
2x109,70



> Belmawat  
96,00  
508,50

PPV : 96,00

الدار البيضاء

Dr. Chakib CHAOUI  
Chirurgien - Urologue  
196, Av. Mers Sultan 2ème Etage  
Casablanca  
Tel.: 05 22 26 54 69

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

## **COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE**

**NOM :** BOUKHARI

**PRENOM :** HASSAN

**DATE :**

12 FEV 2020

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

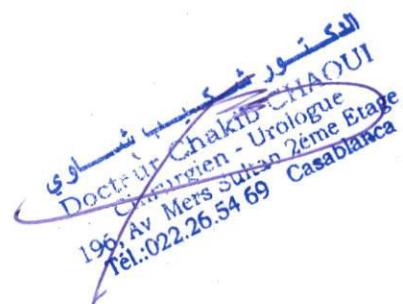
Bonne différenciation cortico-médulaire.

Absence de dilatation des cavités pyéliques et calicielles.

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

**PROSTATE :** La prostate est d'écho structure homogène ; ses dimensions sont 37/35/29.....

Ce qui corresponds à un poids d'environ  
.... grammes



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

## FACTURE

NOM : BOUKHARI

PRENOM : KASSA N

DATE :

12 FEV 2020

- ❖ Consultation spécialisée : 200 D.H.
- ❖ Echographie rénale et vésico-prostatique : 400 D.H
- ❖ TOTAL : 600 D.H (Soit six cent dirhams)

SIGNER :

الدكتور شوكيب شاوي  
Docteur Chakib CHAOUI  
Chirurgien - Urologue  
196, Av Mers Sultan 2ème Etage  
Tél: 022.26.54.69 Casablanca