

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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 : pec@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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0636931  
ND: 36132  
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1207 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FATIHI Abdelilah  
Date de naissance :  
Adresse : HAY EL GARDAS RES EL FAIR Im B.N.1 Bensoussi  
CASA  
Tél : 0632 258237 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 29/07/2020  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection neurologique  
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 29/7/2020       | consulte          | 1                     | 250,00                          |  |
|                 | celle             | 1                     | 500,00                          |                                                                                    |
|                 |                   |                       | 750,00                          |                                                                                    |

# 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

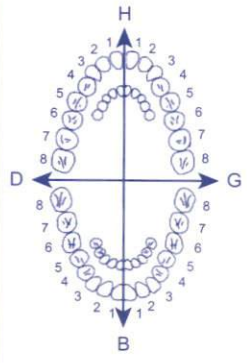
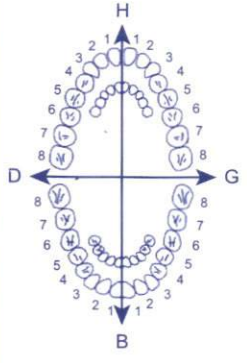
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Nature des Soins | Coefficient         |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|--|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|-------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     | DEBUT D'EXECUTION       |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     | FIN D'EXECUTION         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES                                                            | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                  |                     | H                       |  |  | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 21433552         |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 00000000         |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  | G                   |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 00000000         |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 11433553         |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     | DATE DU DEVIS           |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                     |                         |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |                         |

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



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 : 29 juillet 2020

**COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE**

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

**Patient :** Mr. Abdellah FATIHI

**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. Pas de dilatation des cavités rénales. Présence d'un kyste cortical de 30 mm polaire inférieur
- Le rein gauche a des dimensions normales. Les contours sont réguliers. L'index cortico-médullaire est respecté. Absence de dilatation des cavités rénales.
- La vessie est anéchogène. La paroi est fine.
- La prostate étudiée par voie sus pubienne à un volume d'environ 18 cc.
- RPM non significatif.

Signé : Dr. Mounir C. CHEFCHAOUNI

Stamp: Cabinet d'Urologie Casablanca, 29/07/2020, 14h32

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° étage, Appt. n°11 - CASABLANCA

Tel : 05.22.48.40.88 - 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 سابقا بالمركز الصحي

الجامعي ابن سينا بالرباط وكوشان بباريز

عضو بالجمعية الفرنسية والأوروبية

لأمراض المسالك البولية

Casablanca, le : 29 juillet 2020

**Note d'honoraire**

Facture n°: 07/375

Patient : FATIHI Abdellah

Actes

- Echographie rénale + vésico-prostatique  
(Z35 + 35/2)

500,00 dhs

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  
Rés. Parc Lyautey 1, Rond Point St Exupéry  
2ème Etage Appt N°11  
Tél 022 48 40 58/88 - Fax 022 48 40 88  
Urgence 061 20 82 14 - Casablanca