

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº P19-

063693  
ND: 36/132

Optique

Autres

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1207 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FATHI HI ASSAD ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse : HAY EL QODS Res EL FAIR 1m BNT Benyessi

CASA

Tél. : 0639 258237 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



10 AOUT 2020

Date de consultation : 29/07/2020

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection maladie

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) : .....

# 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
29/7/2020	Consultation	250,00		
		acte	500,00	
				Frugery Chaobonni

## 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	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000	G		
	00000000	00000000			
	35533411	11433553	B		
[Création, remont, adjonction]					DATE DU DEVIS
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Samir 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 بشفشاوني  
الاختصاصي في أمراض وجراحة  
المسالك البولية

أستاذ مساعد سابق 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 FATHI

**Examen réalisé** : ECHOGRAPHIE RENALE, VESICALE ET PROSTATIQUE SUS PUPIFIENNE

## 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. CHEFCHAOUINI

Résidence Parc Lyautey - 1, Rond Point ST EXUPERY , Angle Av Hassan II et Rue Alla El Fassi

(en face du parc de la ligue Arabe) 2<sup>e</sup> étage, Appt. n°11 - CASABLANCA

... 52/88 - Fax : 05.22.48.40.88 - Urgences : 06.61.208.214 - E-mail : m\_c\_chefchaouenii@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

29 juillet 2020  
Casablanca, le : .....

### Note d'honoraire

Facture n°: 07/375

Patient : FATHIHI 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  
Résidence Parc Lyautey 1, Rond Point S<sup>T</sup> EXUPERY  
7<sup>me</sup> étage Appt. N°11  
Tél. 022.48.40.58.88 - Fax 022.48.40.88  
Urgence 061.70.82.14 - Casablanca