

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 : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-0048390

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHRAÏBI Faïcal
Date de naissance : 1949 (70 ans)
Adresse : lotissement alladamoune rue
6 n° 57 OULFA CASA
Tél. : 0666198568 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Younes MURAR
Chirurgien Urologue
187, Bd Abdelmoumen N° 19, 5°
Casablanca
T. 05 22 27 35 95 - G.
Date de consultation : 20/12/2019
Nom et prénom du malade : Chraïbi Faïcal Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la 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) :

03 JAN 2020
ACCUEIL

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
20/12/19	C	2	300,00	Dr. YOUSSEF TIBAR Chirurgien Urologue 187, Bd Abdelmoumen N° 19, 5 ^{ème} Etage Casablanca Tél : 05 22 27 35 95 - GSM : 06 32 10 10 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SOPHIA Mme. Benmoumm Ep. Skerri 24, Bd. Ibnou Sina - CASA Tél : 022.36.01.54	20/12/19	294,00 OH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

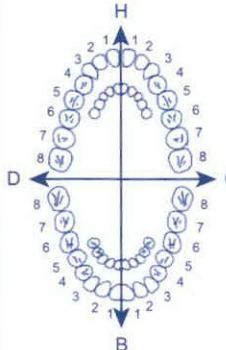
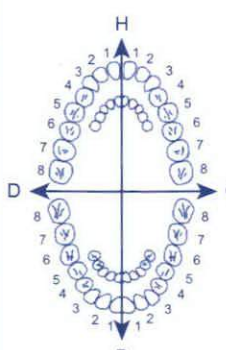
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'

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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur Younes TIBARI

Chirurgie - Urologie

Chirurgie de Reins et des Voies Urinaires

Endoscopie Urologique

Traitement du calcul stérilité chez l'homme

Ex. interne et chef de clinique

de CHU de Rennes - France



الدكتور يونس التباري

- اختصاصي في جراحة المسالك البولية
- جراحة الكلي والتشخيص بالمنظار الداخلي
- علاج الحصى بالأشعة والمنظار الداخلي
- علاج العقم عند الرجال
- خريج كلية الطب رين بفرنسا
- جراح سابق بالمستشفى الجامعي رين بفرنسا

20 décembre 2019
الدار البيضاء، في : Casablanca, le

Mr. CHRAIBI Faical

98.00 x 3

1/ TAMSULOSINE WIN 0,4 MG LP

une gel le soir /j 3 mois

2/ RECTIS 5 MG

un cp tout les deux jours pendant 1 mois

صيدلية سوفييا
Pharmacie SOPHIA
Mme. Benoum Ep. Slaoui
4, Bd. Ibnou Sina - CASA
Tél : 022.36 01.94

294.00

Signature of Dr. Younes Tibari

CHIRURGIE - UROLOGIE
Docteur YOUNES TIBARI
Casablanca, le 20/12/2019

187, شارع عبد المومن رقم 19, الطابق الخامس، أمام «محطة كلية الطب - ترامواي» - الدار البيضاء
187, Bd Abdelmoumen N° 19, 5ème Etg. En face «Station Faculté de Médecine Tramway» - Casablanca

المحمول : 06 33 20 07 05 / الهاتف : 05 22 48 77 71 / 05 22 27 35 95 Tél.:

الموقع الإلكتروني : Site Web : www.urologie-tibari.com / البريد الإلكتروني : E-mail : tibari.urologie.casa@gmail.com



عن طريق الفم

30 كبسولة ذات تحرر متدرج

ZEUTIVA

0,4

تمسيلوزين

تمسيلوزين وين[®] ت.م.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احفظوا المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.: 05 2021

LOT : 8MA015

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30



P.P.V : 98DHJ0



POSOLOGIE / SEHNEH - HOPMERS - HOPMERS

MATIN /

MIDY /

SOIR /

REPAS /



عن طريق الفم

30 كبسولة ذات تحرر متدرج

ZEUTIVA

0,4

تمسيلوزين

تمسيلوزين وين[®] ت.م.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احفظوا المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.: 05 2021

LOT : 8MA015

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DHJ0



POSOLOGIE / SEHNEH - HOPMERS - HOPMERS

MATIN /

MIDY /

SOIR /

REPAS /



عن طريق الفم

30 كبسولة ذات تحرر متدرج

ZEUTIVA

0,4

تمسيلوزين

تمسيلوزين وين[®] ت.م.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احفظوا المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.: 05 2021

LOT : 8MA015

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30



P.P.V : 98DHJ0



POSOLOGIE / SEHNEH - HOPMERS - HOPMERS

MATIN /

MIDY /

SOIR /

REPAS /